

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



# BAKALÁRSKA PRÁCA

Victoria Hebbeckarová

**Sebapoškodzovanie v dospievaní**

**Self-harming behavior in adolescence**

Praha, 2020

Vedúca práce: PhDr. Markéta Niederlová, Ph.D.

## Podakovanie

Rada by som sa poďakovala vedúcej tejto práce, PhDr. Markéte Niederlovej, Ph.D., za venovaný čas, trpezlivosť, priateľský prístup a cenné rady. Podakovanie taktiež patrí mojej rodine a priateľom, ktorí mi počas celého štúdia a písania tejto práce boli oporou.

## Prehlásenie

*Prehlasujem, že som bakalársku prácu vypracovala samostatne, že som riadne citovala všetky použité zdroje a že práca nebola využitá v rámci iného vysokoškolského štúdia či k získaniu iného alebo rovnakého titulu.*

*V Prahe dňa 10.12.2020*

.....  
*Victoria Hebbeckarová*

## **Abstrakt**

Cieľom práce je podať zhrňujúci teoretický prehľad o sebaopoškodzovaní u dospievajúcich. Práca sa bude zaoberať rôznymi formami a možnými príčinami sebaublížovania. Zameria sa taktiež na možnosti prevencie, psychoterapeutickej pomoci a spôsoby vyrovnávania sa so stresom a negatívnymi emóciami.

Obsahom literárne prehľadovej časti bude vymedzenie základných príčin, motívov a foriem sebaopoškodzovania. Zameria sa taktiež na charakteristiky sebaopoškodzujúcich sa osôb, obdobie dospievania, či rizikové správanie v tomto období. Zmieniam sa možnosti prevencie, spôsoby vyrovnávania sa so stresom, negatívnymi emóciami a ďalšie možnosti pomoci v rámci psychológie alebo psychiatrie.

Cieľom výskumu bude zistiť, ako sa dospievajúci vyrovnávajú s negatívnymi emóciami, stresom a ako veľmi rozšírené je sebaopoškodzovanie tejto vekovej kategórie (12-20 rokov) a či sa vyskytujú rozdiely medzi pohlaviami. Výskum sa bude vykonávať anonymnou dotazníkovou formou na stredných a základných školách, ktoré budú ochotné spolupracovať. Oblasťou výskumu by bol východ Slovenskej republiky. Výsledky spracovaných dát by mali priniesť informácie o tom, ako rozšírené je sebaopoškodzovanie mladistvých v tejto oblasti a aké spôsoby ventilovania negatívnych emócií uvedených v dotazníku sú medzi mladistvými najrozšírenejšie.

## **Kľúčové slová**

sebaopoškodzovanie, adolescencia, negatívne emócie

## **Abstract**

The aim of the work is to give a summary of theoretical overview of self-harm in adolescents. The work will deal with various forms and possible causes of self-harm. It will also focus on the possibilities of prevention, psychotherapeutic help, and ways of coping with stress and negative emotions.

The content of the literature review part will be the definition of the basic causes, motives, and forms of self-harm. It will also focus on the characteristics of self-harming people, the period of adolescence, or risky behavior in this period. The possibilities of prevention, ways of coping with stress, negative emotions, and other possibilities of help within psychology or psychiatry will be mentioned.

The aim of the research will be to find out how adolescents cope with negative emotions, stress, and how widespread self-harm in this age group (12-20 years) is and whether there are differences between the sexes. The research will be carried out in an anonymous questionnaire form at secondary and primary schools, which will be willing to cooperate. The area of research would be the east of the Slovak Republic. The results of the processed data should provide information on how widespread self-harm of juveniles is in this area and what ways of ventilating the negative emotions mentioned in the questionnaire are the most widespread among adolescents.

## **Keywords**

self-harm, adolescence, negative emotions

## Obsah

Úvod .....	6
Literárne prehľadová časť .....	8
1. Sebapoškodzovanie .....	8
1.1 Mýty o sebapoškodzovaní .....	8
1.2 Definícia sebapoškodzovania .....	8
1.3 Klasifikácia sebapoškodzovania .....	9
1.4 Spôsoby sebapoškodzovania .....	10
1.5 Funkcie a motívy sebapoškodzovania .....	11
1.6 Sebapoškodzovanie a dospievanie .....	13
1.6.1 Subkultúry a rizikové správanie v súvislosti so sebapoškodzovaním .....	14
2. Diagnostika sebapoškodzovania .....	17
2.1 Diagnostické nástroje .....	17
2.2 Epidemiológia .....	18
2.3 Etiológia .....	19
2.3.1 Sociálne a environmentálne faktory .....	21
2.3.2 Traumatická udalosť .....	21
2.3.3 Osobnostné faktory a psychické poruchy .....	22
3. Liečba .....	24
3.1 Prevencia .....	25
3.2 Negatívne emócie a ich zvládanie .....	26
Výskumná časť .....	28
4. Výskumný problém, ciele výskumu a výskumné otázky .....	28
4.1 Charakteristika výskumného súboru .....	29
4.2 Metóda výskumu .....	30
5. Výsledky .....	31
5.1 Percentuálne zhodnotenie metód zvládania negatívnych emócií .....	31
5.2 Priemerné bodové zhodnotenie metód zvládania negatívnych emócií .....	32
5.3 Hodnotenie metód podľa pohlavia .....	33
5.4 Hodnotenie metódy „Ublížim si napr. rezaním sa, pálením sa, škriabaním sa“ .....	38
6. Diskusia .....	41
Záver .....	43

Zoznam použitej literatúry.....	45
Zoznam grafov.....	50
Zoznam tabuliek .....	51
Zoznam skratiek .....	52
Príloha 1- Dotazník.....	I

## Úvod

Sebapoškodzovanie nie je pre svet žiadnou novinkou. Aj v tomto modernom svete sa však podľa môjho názoru o automutilácii nerozpráva dostatočne nahlas. A ak už sa niekto rozhodne priznať sa svetu, že takto koná, väčšina ľudí osobu automaticky odsúdi, označí za blázna. Preto často zostáva tichým, umlčaným problémom, z ktorého sa môžu vyklúť oveľa väčšie komplikácie. Dôvod, ktorý ma podnietil k výberu tejto témy je skutočnosť, že aj ja som pred niekoľkými rokmi, ešte počas návštevy strednej školy, mala vo svojom okolí dievča, ktoré na zápästí malo nenápadné jazvy. Tie sa samozrejme, môžu vyskytovať s akéhokolvek dôvodu, avšak, po istej dobe, kedy malo dievča zlé obdobie sa na zápästí ukázala nová jazva. Jej priznanie, že je sama zámerne autorom týchto jaziev, ma úprimne šokovalo, navonok totiž dievča pôsobilo ako osoba, ktorá sa nenechá len tak zložiť akýmkoľvek problémom. Pôsobila sebavedome, cieľavedome a určite nie ako jediniec, ktorý by sa čímkoľvek trápil. Uvedomila som si, že ani len netuším, koľko ľudí navôkol mňa si môže ubližovať bez toho, aby o tom niekto vedel.

Dovolím si tvrdiť, že práve spomienka na malé jazvičky na jej zápästí ma popostrčila k záujmu o sebapoškodzovanie. Keďže sme boli obe v období dospievania, téma sa stala o to lákavejšou. Iste, sebapoškodzovanie sa môže vyskytnúť v akomkoľvek veku, ale množstvo autorov uvádza práve adolescenciu ako prameň počiatku takéhoto správania. Dospievanie je totiž búrlivé obdobie, kde nastáva mnoho zmien, ktoré môžu byť pre jedinca náročné a istá časť z nich siaha k takýmto metódam, aby sa trochu uvoľnili. Avšak, to nie je jediný dôvod. V literárne prehľadovej časti sa preto zaoberám v niekoľkých kapitolách hlavnými témami, ktoré sa týkajú sebapoškodzujúceho sa správania.

Prvá kapitola zo začiatku načrtáva mýty, ktoré sa v rámci sebapoškodzovania vyskytujú. Venuje sa fenoménu sebapoškodzovania ako definícii, jeho klasifikácii a spôsobom, ktoré sebapoškodzujúci využívajú. Ďalej sú spomenuté rôzne funkcie a motívy vedúce k sebzraňovaniu. V poslednom rade sa zaoberá aj dospievaním a sebapoškodzovaním v tomto veku. Rovnako tak aj subkultúram, ktoré sa často spájajú s automutiláciou a rizikovým správaním v adolescencii.

Druhá kapitola sa venuje diagnostike sebapoškodzovania. Uvádza rôzne diagnostické metódy a nástroje, primárne dotazníky a škály, ktoré sa okrem sebapoškodzovania venujú aj niektorým iným aspektom, často spájaných s týmto správaním. V krátkosti popisuje epidemiológiu a problematiku získavania počtov sebapoškodzujúcich. Spomína aj etiológiu, ktorá sa zameriava primárne na sociálne a environmentálne faktory, do ktorých sa radí aj klíma v rodine, tak aj traumatickej udalosti a osobnostným faktorom, spoločne s psychickými poruchami, ktoré môžu súvisieť so sebapoškodzovaním.

Tretia kapitola popisuje možnosti komplexnej liečby tohto problému. Ďalej sa zaoberá prevenciou, ktorá sa zameriava primárne na školskú oblasť a je určená pre pedagógov, avšak, dá sa čiastočne aplikovať aj mimo túto oblasť. Poslednou témou v teoretickej časti, ktorá priamo súvisí s praktickou časťou, sú negatívne emócie a spôsob vyrovnávania sa s nimi. Zaoberá sa tým, čo ľpenie na negatívnych emóciách môže spôsobiť



a popisuje výsledky výskumu, ktorý zisťoval, aké stratégie adolescenti väčšinou využívajú na ventiláciu týchto neželaných emócií.

V praktickej časti bakalárskej práce som si položila za cieľ zistiť, ako rozšírené je sebapoškodzovanie medzi dospelujúcimi vo veku 12 až 20 rokov. Druhým cieľom bolo zistiť, aké metódy vyrovnávania sa s negatívnymi emóciami adolescenti využívajú. Táto časť samozrejme popisuje zvolenú metódu, výskumnú vzorku, výsledky a ich interpretáciu.

V práci je citované podľa normy APA (2020).

# Literárne prehľadová časť

## 1. Sebapoškodzovanie

Koncept sebapoškodzovania je obšírny, nie je úplne jednoznačný. Množstvo definícií sebapoškodzovania je sa zameriava na popis fyzického aktu a hodnotenie zámeru tohto správania (Kriegelová, 2008). Rovnako tak existuje mnoho rozličných klasifikácií tejto problematiky. Pre účely tejto práce bolo vybratých iba niekoľko z nich.

### 1.1 Mýty o sebapoškodzovaní

Ešte aj v tejto modernej dobe sa okolo fenoménu sebaublížovania obtáča mnoho mýtov. Práve tieto predstavy nie sú častokrát v súlade s realitou. Môžu predstavovať určitý problém pre verejnosť v pochopení jedincov, ktorí podliehajú sebapoškodzovaniu. Medzi niektoré zo základných mýtov týkajúci sa sebaublížovania môžeme podľa autorov Caicedo a Whitlock (2009) radiť:

- sebapoškodzovanie ako suicidálny pokus alebo neúspešný suicidálny pokus
- iba ženy podliehajú sebapoškodzovaniu
- každý, kto si ubližuje je „šialený“
- sebapoškodzujúci jedinec sa chce zviditeľniť
- sebapoškodzovanie nie je liečiteľné
- ľudia, ktorí si ubližujú sú manipulatívni
- sebapoškodzovanie znamená, že sa niekto reže
- ľudia, ktorí si ubližujú patria k subkultúre „gothic“ alebo „emo“

Teoretická časť tejto práce by mohla pomôcť tieto mýty objasniť a uviesť na pravú mieru v čom sú tieto tvrdenia iba tvrdeniami, ktoré nie sú úplne v súlade s realitou.

### 1.2 Definícia sebapoškodzovania

Sebapoškodzovanie je definované ako priama a zámerná deštrukcia alebo poškodenie vlastných telesných tkanív bez vedomého suicidálneho zámeru. (Favazza. 1999 in Nixon & Heath 2009, s.3). Ten istý autor oddelil zámerné sebapoškodzovanie od suicidálneho správania, kde ako základné poznanie popisuje fakt, že človek, ktorý sa pokúsi o samovraždu tak koná so zámerom svoj život ukončiť. Oproti tomu, človek, ktorý si zámerne uškodí sa iba snaží cítiť lepšie (Favazza, 1998).

V anglickom jazyku sa termín sebapoškodzovania označuje najčastejšie ako „self-harm“ a všeobecne popisuje úmyselné jednanie a správanie, ktoré zahŕňa mnoho spôsobov, medzi ktoré patrí napríklad otravu, popálenie či najčastejšie práve povrchové rezanie sa. Toto správanie je chápané ako určitú odpoveď na ťažko zvládnuteľnú až nezvládnuteľnú záťaž (Skegg, 2005).

Správanie spadajúce pod sebapoškodzovanie (self-harm) sa častokrát zamieňa aj za iné termíny ako je zámerné sebapoškodzovanie (deliberate self-harm), suicidálne správanie (suicidal behaviour), sebazraňovanie (self-wounding), sebazmrzačovanie (self-mutilation), sebapoškodzujúce jednanie (self-injurious behaviour) alebo parasuicidum (parasuicide). Častokrát sa tieto slová používajú ako synonymá k termínu sebapoškodzovania. Aj táto terminologická nejednotnosť speje k možnému zmätku nie iba pre odborníkov, ale aj pre verejnosť. Avšak, nejedná sa iba o terminologické nezhody, ale aj o nejednotnosť v odlišovaní suicidálneho správania a sebapoškodzovaní. (Kriegelová, 2008).

### 1.3 Klasifikácia sebapoškodzovania

Termín sebapoškodzovania v sebe nesie dve hlavné kategórie. Prvou z nich je kategória sebaotrávenia resp. predávkovania, pod čím sa rozumie nadmerné použitie alkoholu, drog, liekov, nepoživatelných substancií a predmetov. Účelom je poškodenie tkanív a orgánov vlastného tela. Do druhej kategórie spadá sebazraňovanie, pod čím sa rozumie jednanie, ktoré predstavuje porezanie, prepichovanie kože, škrabanie, popálenie, trhanie vlasov, bitie sa, udieranie si hlavy (o stenu alebo iný predmet). Účelom je opäť raz poškodenie tkaniva vlastného tela. V rámci oboch kategórií nie je zámerom jedinca suicídium, čiže jedinec nekoná s úmyslom zomrieť ako je to v prípade suicidálneho správania.

Zaujímavé rozdelenie poskytuje opäť Favazza (1999), ktorý rozlišuje medzi skutočným sebapoškodzovaním a určitými, kultúrne stanovenými, sebapoškodzujúcimi aktmi, ku ktorému patria rôzne trendy, ktoré v sebe zahŕňajú dekorácie tela v podobe piercingu či tetovania. Inou formou tohto kultúrne podmieneného aktu sú aj domorodé rituály, ktoré sú v istých kultúrach oslavou prechodu z detstva do sveta dospelosti. Daný autor prichádza so základnou charakteristikou sebapoškodzujúceho správania – patria k nemu 4 body:

- *úmyselnosť*
- *poškodenie tkaniva bez úmyslu zomrieť*
- *sociálna neakceptovateľnosť*
- *opakovanie aktu*

Ak vezmeme v úvahu sociálnu neakceptovateľnosť, vyplýva z toho, že za určité patologické sebapoškodenie sa nepovažujú aktivity, ktoré sú akceptované v rámci danej spoločnosti. Medzi zámary takýchto aktov sa dajú zaradiť určité spirituálne zážitky, začlenenie do určitej skupiny (tj. rôzne rituály), sexuálny zážitok či jednoduché skrášlenie, dekorovanie vlastného tela. Na druhej strane, sebapoškodzujúci jedinec často koná impulzívne a majú niekoľko dôvodov prečo konajú týmto spôsobom. Medzi nich môžeme zaradiť uľavenie si od problémov, nepríjemných stavov či emócií, blokovanie myšlienok, určitú formu trestu, stratu kontroly nad sebou či jednoduché volanie o pomoc – to však adolescenti v rôznych výskumoch málokedy udávajú (Skegg, 2005).

Sebapoškodzovanie sa dá rozdeliť do troch hlavných kategórií (Favazza, 1998, Messer et al, 2008):

**Povrchné až mierne sebapoškodzovanie** – patrí k najčastejšej forme sebapoškodzovania. V tomto prípade nedochádza k vážnemu poškodeniu tkanív a poškodenie nemá fatálny koniec. Delí sa do troch kategórií:

1. *kompulzívny typ* – obsahuje repetitívne a ritualistické správanie, ktorým cieľom je zbavenie sa napätia. Je v blízkej súvislosti s obsadantno – kompulzívnou poruchou.
2. *epizodický typ* – je menej frekventovaný, no rovnako ako u kompulzívneho typu prináša odstránenie napätia.
3. *repetitívny typ* – prechod epizodického typu správania vo zvykovú reakciu na nepríjemné, stresujúce podnety.

**Stereotypné sebapoškodzovanie** – sa vyznačuje opakovaním, avšak akty nie sú plánované. Často sú spájané s neurologickými chorobami alebo vývojovými vadami (u mentálne retardovaných jedincov, u autistov, schizofrenikov, jedincov s Touretovým syndrómom, Rettovým syndrómom, Lesch-Nylan syndrómom, de Langovým syndrómom, neuroakantózou či akútnou psychózou. Medzi prejavy tejto kategórie môžeme zaradiť napríklad pravidelné udieranie hlavy, hryzenie prstov, paží, stláčanie očných buliev). Avšak, nie sú odpoveďou na aktuálne prebiehajúci psychologický distress.

**Ťažké/závažné sebapoškodzovanie** – sa chápe ako nefrekventované a ojedinelé automutilačné správanie, ktoré je častokrát vyvolané ťažkou duševnou (schizofrénia, psychóza vyvolaná požitím drog) alebo neurologickou chorobou (mentálna retardácia) a vedie zvyčajne k trvalému poškodeniu resp. zmrzačeniu jedinca a to vďaka extrémnemu poškodeniu telesného tkaniva jedinca (poškodenie pohlavných orgánov, amputovanie končatín, poškodenie očí). Vyžaduje okamžitú lekársku pomoc a objaví sa nečakane, bez akýchkoľvek varovných príznakov.

## 1.4 Spôsoby sebapoškodzovania

Približne až 75% jedincov, ktorí sa venujú sebapoškodzovaniu používajú niekoľko metód súčasne (Favazza & Conteriová, 1989; Hawton et. al., 2002; Sutton, 1999 in Kriegelová 2008, s.63). U sebapoškodzujúcich sa jedincov je typický určitý vývoj, čo sa týka rôznych metód. Na začiatku sa väčšinou nachádza rezanie, ktoré prechádza ku skúšaniam iných foriem automutilácie ako je napríklad pálenie či iné metódy. Cieľom tohto skúšania je nájsť svoju preferovanú metódu (Aldermanová, 1997 in Kriegelová, 2008).

Horrocks et. al (2002 in Kriegelová, 2008) radí medzi substancie užívanými v rámci sebapoškodenia rôzne lieky, či už predpísané alebo voľne predajné. Tuto sa môžu spomenúť analgetiká, antidepresíva, sedatíva resp. hypnotiká alebo antiflogistiká. Existujú však aj jedinci (iba malé percento), ktorí používajú tekuté chemikálie, taktiež voľne dostupné v obchodoch. Mimo toho, alkohol a ilegálne návykové látky sú taktiež jedno z foriem (Kriegelová, 2008).

Carr-Gregg (2012) medzi najčastejšie spôsoby sebapoškodzovania radí rezanie, pálenie, škrabanie, ťahanie za vlasy, pichanie do bolestivých miest, narážanie telom do tvrdých objektov, predávkovanie liekmi a požívanie škodlivých látok.

Kriegelová (2008) medzi metódy sebapoškodzovania radí mimo iné aj okusovanie si nechťov a prstov, extrémne rizikové správanie (náhodný sex, nepozorné riadenie auta, nepoužívanie bezpečnostných pásov), účasť na rizikových či vysoko kontaktných športoch, obsesívne umývanie a čistenie (až do krvi), zotrvávanie v násilnom vzťahu, bránenie v zacelení a zahojení rany (strhávanie chrást), zámerné hladovanie, fajčenie a mnoho iných.

Sutton (1999 in Kriegelová, 2008) uvádza, že v okamihu, kedy jedinci nemajú po ruke svoje bežné nástroje a nachádzajú s v takzvanej kríze, sú schopní použiť čokoľvek ako nástroj. Medzi najčastejšie používané pomôcky pri sebapoškodzovaní sú žiletky pri rezaní a cigarety či zapalovače pri pálení.

V mnohých výskumoch sa však už nezaraďujú medzi sebapoškodzujúce jednanie aktivity ako je pitie alkoholu, fajčenie, užívanie drog, prejedanie sa i keď aj v tomto prípade vedie k poškodeniu vlastného tela (Bergen et al., 2010).

## 1.5 Funkcie a motívy sebapoškodzovania

Jedinca k sebapoškodzovaniu vedú určité dôvody. Akt sebamutilácie má určité funkcie, ktoré má splniť. So zaujímavým modelom prišla v roku 2005 Suttonová. Je známy pod názvom „Osem C sebapoškodzovania“, originálne „The eight Cs of self-injury“ vo uvádza Kriegelová (2008). Model zahŕňa osem základných funkcií a to:

1. Copingová stratégia a krízová intervencia – „*coping and crisis intervention*“ – funkciou tejto stratégie je zvládnuť záťaž a okamžite uvoľniť napätie.
2. Upokojenie a utešenie – „*calming and comforting*“ – cieľom je zmierniť psychickú bolesť, priniesť upokojenie a pohodu.
3. Kontrola – „*control*“ – sebapoškodzovanie môže priniesť akýsi pocit kontroly nad sebou, pocit moci či sily.
4. Očistenie – „*cleansing*“ – často sa ako príklad uvádzajú obeť sexuálneho zneužívania, ktoré sa cítia „špinavo/zneuctene“ a práve sebapoškodzovanie (tečúca krv) predstavuje akúsi formu očisty.
5. Potvrdenie existencie – „*confirmation of existence*“ – cieľom je uzemnenie, zameranie na prítomnosť, hlavne počas stavov derealizácie a depersonalizácie.
6. Vytvorenie pohodlnej otupenosti – „*creating comfortable numbness*“ – snaha vytvoriť pocit vnútornej prázdnoty, únik od emócií a reality. Spájané s užívaním návykových látok.
7. Sebatrestanie – „*chastisement*“ – hlavne pri hlbokých pocitoch viny, nenávisť voči sebe a vlastnej neschopnosti.
8. Komunikácia – „*communication*“ – v tomto prípade sa jedná o jedinečný spôsob komunikácie jedincov, ktorí nevedia svoje pocity vyjadriť slovami.

Mimo týchto vymenovaných funkcií existujú aj iné funkcie sebapoškodzovania, ktoré vo svojej literatúre uvádza Kriegelová (2008, s.109):

- *testovanie hraníc a manipulácia s druhými* – často jedinec má pocit, že sa mu nedostáva dostatočné množstvo pozornosti od okolia alebo v prípade, ak hrozí opustenie osobou, ktorá v živote jedinca zohráva významnú úlohu. Môže taktiež slúžiť ako určitý druh pomsty vo forme vyvolania pocitov viny u inej osoby.
- *volanie o pomoc* – posledný, priam až zúfalý pokus o upútanie pozornosti. Často v prípadoch, ak jedinec s problémami, s ktorými si už nevie sám poradiť, nedokáže požiadať o pomoc.
- *euforický zážitok* – počas sebapoškodzovania sa vyplavujú endorfíny a pocity, ktoré jedinci zažívajú sa často pripisujú euforickým pocitom pri behu tzv. „runner's high“, ktoré je sprevádzané pocitom oslobodenia, radosti, ľahkosti splynutia so svetom.
- *regulácia arousalu* – častá funkcia u jedincov, ktorí prežili traumatizujúci zážitok. Sebapoškodzovanie tak slúži ako prostriedok k zvyšovaniu aktívnej hladiny (arousalu), ktorá je počas traumatických situáciách zvýšená a môže tak nastať trvalá zmena biochemických procesov. Teda sebapoškodzovanie je v tomto prípade nástrojom k urovnaniu biochémie tela.
- *vyjadrenie príslušnosti k určitej skupine* – jednoduchý spôsob vyjadrenia toho, že jedinec patrí do danej skupiny/subkultúry. Častý prípad u subkultúr Gothic a Emo.

Motivácia, ktorá dovedie jedinca k sebapoškodzovaniu nie je u každého jedinca rovnaká. Kriegelová ho popisuje ako „*veľmi intímny individuálne špecifický problém*“ (Kriegelová, 2008, s.103). Dôvodov k tomuto správaniu môže byť mnoho.

Pomerne obsiahly zoznam motivácií a funkcií sebapoškodzovania spracovali Bywaters a Rolfe (2002). Patria sem aspekty ako snaha skúsiť niečo nové, rebélia, riešenie nespavosti, snaha šokovať okolie a ďalšie. Zvyšné motívy sú uvedenie v tabuľke, ktorá je uvedená v diele Kriegelovej (2008, s. 104, preložené do slovenčiny):

**Tab. 1:** Zoznam funkcií a motivácie sebapoškodzovania (Bywaters, Rolfe 2002)

<b>Nekategorizovaný zoznam motivácií a funkcií zámerného sebapoškodzovania (Bywaters, Rolfe, 2002)</b>	
Sebanenávisť	Sebatrestanie
Snaha skúsiť niečo nové	Prevzatie konroly
Rušenie živých spomienok na traumatickú udalosť	Závažný stres
Ventilácia zlosti	Očistenie
Snaha o uvoľnenie a utíšenie	Pocity eufórie
Obrátenie psychickej bolesti vo fyzickú bolesť	Rebelstvo
Copingová stratégia	Stratégia prežitia
Sebatrestanie	Riešenie nespavosti
Negatívne pocity z vlastnej osoby	Depresia
Snaha byť hospitalizovaný	Psychická bolesť
Nezáujem okolia	Snaha získať pomoc od druhých
Samovražedné myšlienky	Problémy so zvládaním záťaže
Snaha vyniesť vnútorné pocity na povrch	Hnev obrátený proti sebe, v snahe neublížiť druhým
Vyradenie zo spoločnosti	Vizuálna manifestácia pocitov
Diskriminácia	Šikana
Snaha šokovať okolie	Znásilnenie
Pocit, že jedinec nebol vypočutý	Testovanie hraníc druhej osoby
Jediný spôsob, ako získať pozornosť starajúcej sa osoby	Vážne pocity vlastnej viny
Závislosť	Snaha dostať sa do starostlivosti odborníka

## 1.6 Sebapoškodzovanie a dospievanie

Zámerné sebapoškodzovanie sa môže objaviť u oboch pohlaví, ako u žien, tak aj u mužov prakticky v akomkoľvek veku, avšak, podľa výskumov (Favazza, 1989; Pattinson & Kahan, 1983 in Kriegelová, 2008) sa toto správanie najčastejšie vyskytuje v období adolescencie, teda približne okolo štrnásteho roku života. Whitlock (2009) napríklad uvádza ako priemerný vek začiatku sebaublížovania približne 14.-16. rok života. Sú aj autori ako Richardson (2006), ktorý uvádza, že najviac jedincov, ktorí si ubližujú sa objavuje vo veku 12 až 25 rokov. Muehlenkamp (2004) oproti tomu uvádza, že prvá skúsenosť so sebapoškodzovaním sa objaví približne medzi 13. až 15. rokom života (uviedlo to v jeho štúdiu až 58% dospievajúcich). Práve pre menšie odlišnosti v rôznych výskumoch je problematické vymedziť presnejší vek počiatku sebapoškodzovania, avšak, ak by sme sa riadili vymedzením adolescencie podľa autora Macek (2003), ktorý adolescenciu radí do kategórie od 10. až do 20. roku a vyššie, mohli by sme povedať, že sa akt sebapoškodzovania vyskytuje primárne v adolescencii.

Prečo je sebapoškodzovanie v období dospievania natoľko rozšírené? Adolescencia predstavuje jednu zo zásadných vývojových kríz človeka. Langmeier (2006, s. 142) v rámci témy dospievania uvádza, že mimo biologického zrenia prebiehajú aj významné a nápadné psychické zmeny (ohlásenie pudových tendencií a hľadanie spôsobov ich uspokojenia a kontroly, celková emočná labilita, nástup vyspelého spôsobu myslenia). Mimo tieto zmeny dochádza aj k novému sociálnemu zaradeniu jedinca, k čomu môžeme priradiť očakávania spoločnosti, meniace sa pojatia vlastnej role a nové reflektované sebapojatie. Řičan (2004) uvádza, že adolescent je z biologického hľadiska takmer zrelý, kognitívne funkcie zažívajú svoj vrchol, avšak, čo sa týka oblasti emócií ešte nie je úplne vybavený. To znamená, že na život je adolescent vybavený racionálne, ale nie po emocionálnej stránke. A práve takáto nevyváženosť v procese zrenia u dospievajúcich môže byť jednou z príčin ich sebapoškodzovania. Množstvo náročných životných situácií, s ktorými sa adolescenti stretávajú môžu byť ťažšie na zvládnutie už len z dôvodu, že ich copingové stratégie nie sú ešte dostatočne široké. Typické je pre nich rozhodovanie, ktoré je založené na emóciách a impulzívnom jednaní. Medzi výrazné rizikové faktory pre sebapoškodzovanie tejto vekovej kategórie sú zmeny, ktoré prichádzajú s adolescenciou a to, podľa bakalárskej práce Kolára (2007), sú vysoká emocionalita jedincov, väčšia uzatvorenosť v súvislosti s negatívnymi pocitmi či zvýšená dôležitosť referenčných skupín a tlaky, ktoré vyvíjajú na jedinca.

Dôležitou súčasťou adolescencie je taktiež proces hľadania vlastnej identity. V tomto období človek hľadá odpoveď na niekoľko základných otázok, ako – *kto som? aký som? kam patrí? kam smerujem? aké hodnoty sú v mojom živote najvýznamnejšie?* (Langmeier, 2006, s.160). Dôležité je v tomto období hodnotenie vlastného vzhľadu, zosilnené sebapozorovanie, snaha o porozumenie vlastným myšlienkam a emóciám. Adolescent sa okrem toho snaží byť sám sebou, aktívne experimentuje, formuje seba, svoje prejavy, snaží sa priblížiť k svojmu ideálu a nájsť vlastnú jedinečnosť (Langmeier, 2006, s. 160-163). Vďaka vytváraniu vzťahov s vrstevníkmi a postupnou emancipáciou od rodiny sa rozvíja sociálny aspekt identity. Neistota v otázke vlastnej identity a zmätenia rolí môže vyvolať u jedinca úzkosť, čo by sa mohlo považovať za možný rizikový faktor pre sebapoškodzovanie.

### **1.6.1 Subkultúry a rizikové správanie v súvislosti so sebapoškodzovaním**

#### **Subkultúry**

Subkultúra pôsobí ako určitá menšinová osobitá kultúra, ktorá je súčasťou dominantnej kultúry. Je často odlišná svojím životným štýlom, hodnotami, normami. Práve v čase dospievania je pre jedincov dôležitá socializácia v rámci skupín ich vrstevníkov. Tí predstavujú v tomto období života dôležitú súčasť upevňovania vlastnej identity. Častokrát sa dospievajúci stávajú súčasťou určitej subkultúry. Tieto subkultúry sa riadia vlastnými normami, ktoré pôsobia ako akýsi výraz rezistencie voči bežným normám, ktoré sa dajú nájsť vo svete dospelých (Clarke, 1976). Existuje mnoho subkultúr, do ktorých sa adolescenti radia – od hipsters, skate punk/sneakerheads, cez hip-hop, po punk, emo a goth.



Práve subkultúry Emo a Goth/Gothic sú najčastejšie spájané so zámerným sebapoškodzovaním. Temný štýl hudby, akési romantické pojmie smrti, tajomno, emocionalita, špecifický štýl obliekania a líčenia sa je niečo, čo majú obe kultúry spoločné. Názov Emo subkultúry je odvodený od anglického slovného spojenia „emotional hardcore“. Pôvodne bola založená ako hudobný štýl, hudobná subkultúra, ktorá v sebe zahŕňa indie rock, punk rock a emotional metal. Sebapoškodzovanie je podľa výskumov (Sands, 2006; Whitlock, 2007) stereotypom patriacim práve k tejto subkultúre. Gotická subkultúra nie je až taká odlišná od vyššie spomínanej subkultúry. Niektoré štúdie, napríklad (Young, Sweeting, West, 2006) prišli so záverom, že v rámci Goth subkultúry existuje vysoká prevalencia sebapoškodzovania. Pomimo tento fenomén sa v tejto menšinovej skupine vyskytuje aj určité depresívne ladenie, suicidálne správanie, požívanie návykových látok. Stále sa však nad príčinou tohto správania v tejto štúdii špekuluje (Kriegelová, 2008).

Výskum, ktorý sa zaoberal sebapoškodzovaním u adolescentov priniesol výsledky, že dospievajúci, čo sa zaraďovali do niektorej z vyššie spomenutej subkultúry sa oproti adolescentom, ktorí do nej nepatria, častejšie podliehali sebapoškodzovaniu. Taktiež u týchto adolescentov bola vyššia pravdepodobnosť pokusu o samovraždu. (Young, Sproeber, Groschwitz, Preiss a Plener, 2014).

### **Rizikové správanie**

Pod rizikovým správaním adolescentom je možné si predstaviť rôzne formy správania, ktoré sú buď spoločensky prijateľné (extrémne športy) po spoločensky neprijateľné, spoločenské normy porušujúce typy (delikvencia, kriminalita). Mnohokrát sa považuje za normálnu súčasť dospievania. (Šlosár, 2020).

Pojem „riziková mládež“ v dnešnej dobe určite nie je cudzí. Rozumie sa pod ním hlavne určitá skupina adolescentov, ktorá má väčšie predpoklady k zlyhaniu v psychologickú a sociálnu oblasť. Samozrejme, následkom určitých faktorov. V literatúre sa v oblasti tejto témy často stretneme s pojmom syndróm rizikového správania (ang. risk behavior syndrome).

Macek (2003) pod pojmom rizikové a problémové správanie v adolescencii považuje také prejavy správania, ktoré ohrozuje fyzické alebo psychické zdravie adolescentov a ktoré môže ohrozovať aj spoločnosť.

Miovský a Zapletalová (2006) pod pojmom rizikové správanie rozumejú akty ako – záškoláctvo, závislosti (či už látkové alebo nelátkové), delikvenciu, týranie, zneužívanie, šikanu a násilie, sexuálne rizikové správanie, ale napríklad aj iné fenomény ako rozličné prejavy rasizmu, akejkol'vek intolerancie, xenofóbie.

Spúšťačov rizikového správania môže byť mnoho. Vágnerová (2004), ktorá medzi poruchy správania v dospievaní zaraďuje klamanie, krádeže, záškoláctvo (resp. úteky, túlanie sa) a agresívne poruchy správania, však uvažuje o interakcii sociálnych a biologických faktorov:

- *biologické dispozície* – narušenie funkcií mozgu (úraz/zápalové ochorenie), porucha funkcií neurotransmiterov,
- *sociálne prostredie* – rodičia (neúplnosť rodiny, neplnenie funkcií rodiny, anomálie rodičov, subkultúrne pozadie, nezvládanie výchovných situácií), vrstevníci a ich vplyv na adolescenta, životné prostredie (napr. väčšia anonymita veľkých miest),
- *genetické dispozície* – zníženie zábran, vyhľadávanie vzrušenia, ľahostajnosť, nezávislosť od pozitívneho sociálneho hodnotenia, ale aj osobnostné premenné ako frustračná tolerancia, svedomitosť, tendencia k riziku a iné (Dolejš, Skopal, 2014; Orosová a kol., 2011, Verešová, 2004 in Čerešník & Gatíal, 2014).

Počas posledného desaťročia prebehlo v rámci Českej a Slovenskej republiky niekoľko výskumov, zaoberajúcich sa rizikovým správaním dospievajúcich. Zaoberali sa primárne otázkou, ktoré prejavy rizikového správania sú medzi adolescentmi najčastejšie. Čerešník a Gatíal (2014) vo svojom diele uvádzajú výsledky, ktoré priniesli zaujímavé poznatky a informácie o tom, do akého rizikového správania sa dospievajúci v Čechách a na Slovensku zapájajú najčastejšie:

- užívanie psychoaktívnych látok – alkohol, tabak, marihuana
- šikana a agresívne správanie
- záškoláctvo
- krádeže
- predčasné skúsenosti so sexom

Lichner a Šlosár (2013) uvádzajú aj novodobé formy rizikového správania. Tie súvisia primárne so zneužívaním internetu, počítačov, ale aj závislosť na sociálnych sieťach, hrách (počítačových) či iných protispoločenských prejavov v rámci internetu.

Ako bolo vyššie spomenuté, Kriegelová (2008) zaradzuje medzi prejavy sebapoškodzovania práve aj určité typy rizikového správania (náhodný sex, fajčenie, účasť na extrémnych športoch a iné). Avšak aj iní, vyššie spomenutí autori uvádzajú zneužívanie ilegálnych látok, rovnako ako alkohol, tabak a podobne, ktoré sa dajú zaradiť aj do kategórie rizikového správania. Dalo by sa povedať, že majú medzi sebou úzky súvis a automutilácia by sa mohla chápať ako prejav rizikového správania, čiže voči sebe namierenej agresivite.

## 2. Diagnostika sebapoškodzovania

Termín sebapoškodzovania, resp. zámerného sebapoškodzovania zatiaľ v žiadnej klasifikácii netvorí ako samostatnú diagnostickú kategóriu nenájdeme. V desiatej revízii medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKN-10, 2019) sa radí do kategórie „Vonkajšie príčiny chorobnosti a úmrtnosti“ (V01-Y98), kde má svoje čestné miesto v podkategórii „Úmyselné sebapoškodenia“ (X60-X84). Táto časť zahŕňa úmyselné otrávenie alebo sebaaporanenie a pokus o samovraždu. Zatiaľ čo X60 – X69 popisujú intoxikácie, X79 – X84 zahŕňajú sebaaporanenie rôzneho druhu.

Ako uvádza Kriegelová (2008, s. 34), k sebapoškodzovaniu nenájdeme diagnostické kritériá a preto k tomuto fenoménu odborníci väčšinou pristupujú ako k nešpecifickému symptómu alebo k špecifickému symptómu inak diagnostikovateľnej poruchy.

Existuje niekoľko autorov, medzi nimi aj Platznerová (2009), ktorá zastáva názor, že u jedinca je prakticky nemožné oddeliť psychopatológiu od sebaubližovania. A preto dochádza k mienke, že by sebapoškodzovanie nemalo zastávať samostatnú kategóriu.

### 2.1 Diagnostické nástroje

Pri diagnostike sebapoškodzovania sa najčastejšie využívajú sebaaposudzovacie škály a dotazníky. Limitom však môže predstavovať reliabilita. Výpovede respondentov v týchto metódach sú totiž závislé na mnohých faktoroch, ku ktorým patrí napríklad aktuálny fyzický a psychický stav, motivácia respondenta, jeho úprimnosť a otvorenosť. Mnoho škál a dotazníkov sa však nezameriava priamo iba na otázku sebapoškodzovania, ale aj na suicidálne správanie, ktoré je často neoddeliteľnou súčasťou sebapoškodzovania a taktiež na poruchy príjmu potravy.

Ako príklad dotazníka, ktorý sa zameriava na všetky tri vyššie spomenuté kategórie sa môže uviesť takzvaný *Self-Injury Self-Report Inventory* (skratkou SISRI), vytvorený autorom menom Juzwin v roku 2004 (in Kriegelová, 2008). Jedná sa o sebaaposudzovací inventár, ktorý okrem suicidálneho správania, sebapoškodzovania a porúch príjmu potravy sleduje aj zneužívanie návykových látok, rizikové správanie a históriu traumatických udalostí.

K tým známejším dotazníkom patrí *Self-Harm Inventory Questionnaire* (SHI), (Sansone, 1998 in Kriegelová, 2008). Ten sa zameriava ako na zámerné sebapoškodzovanie, tak na suicidálne správanie. Obsahuje 22 položiek a snaží sa sledovať, či sa respondent v minulosti sebapoškodil niektorým zo spôsobov, ktoré sú v dotazníku uvedené. Taktiež sleduje frekvenciu použitia jednotlivých spôsobov.

Dotazník bol preložený aj do českého jazyka, ktorého modifikácia bola overená v pilotnej štúdii Hrubé (2011) a predvýskumom (Hrubá et al., 2012). Pričom niektoré

položky originálneho dotazníka boli prispôsobené veku respondentov alebo vynechané. Výsledný dotazník obsahuje 14 položiek.

Ďalší dotazník, ktorý bol preložený do češtiny a jeho podoba overená v pilotnej štúdii Hrubé (2011) a následne predvýskumom (Hrubá et al., 2012) je *Self-Harm Behavior Questionnaire* (SHBQ), (Gutierrez, 1998). Modifikovaná česká verzia obsahuje 11 otázok. Autori tento dotazník považujú za vhodný pre neklinickú populáciu mladých ľudí. Pôvodná verzia dotazníka má štyri časti zamerané na sebapoškodzovacie a suicidálne jednanie. Prvá časť sa zameriava hlavne na sebapoškodenie bez suicidálneho zámeru.

Jedným zo starších dotazníkov vytvorených v tejto oblasti je *Self-Harm Behavior Survey* (Favazza, 1986 in Kriegelová, 2008). Obsahuje až 174 položiek, ktoré sa zameriavajú na metódy zámerného poškodzovania a taktiež na najčastejšie oblasti tela, ktoré sebapoškodzujúci využívajú. Mimo iné sa v niektorých položkách zaoberá aj poruchou príjmu potravy.

Dotazník, ktorý je špecificky zameraný iba na skúmanie zámerného sebapoškodzovania je takzvaný *Self-Injury Questionnaire* (SIQ), obsahujúci 54 položiek (Vanderlinden, Vandereycken, 1997 in Kriegelová, 2008).

Jedna zo sebaopisovacích metód, ktorá sa zaoberá primárne dospievajúcimi je *Adolescent Risk Inventory* (Lescano, 2007). Zameriava sa hlavne rizikovým správaním dospievajúcich, hlavne v sexuálnej oblasti, avšak, niekoľko otázok je určených k odhaleniu sebaubližovania a pokusov o samovraždu.

ISAS alebo *Inventory of Statements about Self-injury* (Klonsky, Glenn, 2009) sa zaoberá trinástimi možnými funkciami sebapoškodzovania.

Kriegelová (2008) uvádza aj zaujímavú neoficiálnu metódu diagnostiky. Jedná sa o nástroj, sebaopisovací dotazník, ktorého cieľom je pomôcť sa pozrieť na problematiku sebapoškodzovania z analyticko-objektívneho pohľadu. Táto metóda obsahuje štyri kategórie, ktoré sa zaoberajú postupne emocionálnou klímou v rodine, sebaopisovanie, myšlienky a správanie potencionálne sa vzťahujúce k zámernému sebapoškodzovaniu a napokon aj na myslenie a vnímanie jedinca, ktorý si už ubližuje. (Conterio, Lader, Bloom, 1998 in Kriegelová (2008).

## 2.2 Epidemiológia

Získanie dát o sebapoškodzovaní nie je jednoduchá úloha. Toto správanie je totiž individuálne a súkromné, preto nie je možné zistiť presný počet ľudí, čo si ubližujú. Žiaľ, veľké množstvo takýchto osôb nevyhľadáva pomoc a tak nie je ani možné poznať presné čísla. Zachytí sa približne iba 12,4% prípadov sebapoškodzovania (Madge et al., 2008). Najčastejšie sa však vďaka výskumom, štúdiám, záznamom z hospitalizácií či z ambulantných ošetrovaní dajú získať dáta vytvoriť tak aspoň orientačné počty v klinickej ale aj bežnej populácii. (Fox & Hawton, 2004).

Hawton et al. (2012) podľa svojich štúdií tvrdí, že pri mladých ľuďoch, práve sebapoškodenie je jeden z primárnych dôvodov návštevy nemocnice. Podľa niektorých autorov sa uvádza celosvetovo 10-20% mladých ľudí, ktorí akt sebapoškodenia vykonali aspoň raz, kým dosiahli 18. rok života. (Hawton et al., 2012 & Muehlenkamp et al., 2012). Množstvo štúdií dospelo k záveru, že sa prevalencia sebazraňovania percentuálne pohybuje okolo čísla 10. K rovnakému záveru došli Moran a kol. (2012), kde sa ukázalo, že sa sebapoškodzuje až 8% respondentov. V tejto štúdii pri automutilácii prevažovalo ženské pohlavie (10%) nad mužským (6%).

Jedna zaujímavá štúdia bola zameraná na neklinickú populáciu. Autori Hallab a Covic (2010) prišli k záveru, že až 69% respondentov malo skúsenosti so sebapoškodzovaním (v tomto prípade minimálne jedenkrát). Autori však medzi tieto skúsenosti zaradili aj ponížujúce myšlienky – 61% a nadväzné nadmerné užívanie alkoholu – 58%.

Líši sa sebapoškodzovanie aj medzi pohlaviami? Túto otázku si položilo mnoho štúdií a výskumov a výsledky nie sú úplne jednoznačné. Existujú štúdie, ktoré nepreukázali žiadne značné rozdiely (napr. Gratz, 2001; Klonsky et al., 2003), naopak, podľa iných autorov (Rozsivalová a kol., 2010; Van Camp a kol., 2011) sa dajú nájsť veľké rozdiely medzi mužmi a ženami, hlavne ak sa to týka metód alebo motívov.

## 2.3 Etiológia

*„Typickým jedincom s repetitívnym zámerným sebapoškodzovaním je žena okolo 20 rokov, ktorá sa začala sebapoškodzovať v skorej adolescencii. Je inteligentná, s dobrými školskými alebo pracovnými výsledkami. Môže mať históriu fyzického či sexuálneho zneužívania alebo vyrastala v rodine, kde jedna alebo viac starajúcich sa osôb mali problém s abúзом alkoholu. (Selekman, 2002; Nichols, 2000; Miller, 1994). Súčasne má problémy s artikuláciou a reguláciou vlastných emócií (Levenkron, 1998).“ (Kriegelová, 2008, s. 78).*

Ako je možné vydedukovať z tohto krátkeho úryvku profilu chronicky sa poškodzujúceho jedinca, na automutilačné správanie môže mať vplyv množstvo faktorov. Tá istá autorka uvádza primárne sociálne faktory, určité genetické predispozície, prítomnosť psychickej poruchy, emocionálna klíma v rodine či určité faktory vyplývajúce z osobnosti poškodzujúceho sa jedinca.

Carr-Gregg (2012) sa k tejto téme vyjadruje taktiež a z jeho publikácie môžeme zhrnúť akési všeobecné rizikové faktory ovplyvňujúce vznik autoagresie. Zaraduje medzi nich stres, užívanie drog, alkoholu, zlé vzťahy s rodinou, pocit odcudzenia a izolácie. Ďalej vplývať môže kamarátstvo s niekým, kto sa sebapoškodzuje, ale aj poruchy nálady, úzkostné stavy či trauma prežitá v detstve či dospievaní.

Rovnako tak vo svojej publikácii uvádza Kriegelová (2008) až devätnásť štúdií, vykonaných medzi rokom 1989 až 2004, ktoré potvrdzujú vzťah zneužívania v detstve a automutiláciou. Taktiež je možné v diele autorky (Kriegelová, 2008, s.68), naraziť na

tabuľku, prevzatú od J. Suttonovej, ktorá v roku 2005 vo svojej knihe z vlastnej praxe uviedla pomerne rozsiahly a zaujímavý zoznam faktorov zámerného sebaublížovania:

**Tab. 2:** *Kauzálny faktory zámerného sebaopoškodzovania (Suttonová, 2005)*

<b>Kauzálny faktory zámerného sebaopoškodzovania (Suttonová, 2005)</b>	
Dlhodobé zneužívanie v detstve	Nutnosť presadzovať sa a brániť v podmienkach náhradnej alebo ústavnej starostlivosti
Znovuobnovené spomienky na zneužívanie	Dlhodobá nezamestnanosť jedinca
Znásilnenie	Prežitok devalvácie identity jedinca okolím a popieranie vlastnej identity
Poprenie zneužívania matkou alebo inou významnou osobou	Problémy s pohlavnou identitou
Zneužívanie udržiavané v tajnosti	Pocity nedostatku vlastnej kontroly alebo že je jedinec úplne kontrolovaný vlastným okolím
Odlúčenie od primárne starajúcej sa osoby	Jedinec sa cíti byť nevypočutý svojím okolím
Strata významnej osoby	Opakované zrazenia významnou osobou
Alkoholizmus u starajúcej sa osoby	Narušené sebavnímanie
Týranie	Zadržiavanie silných emócií (hnev, strach)
Zanedbávanie jedinca v detstve a opustenie	Jedinec je väznený v smútku a často plače
Nedostatok fyzického kontaktu dieťaťa s primárne starajúcou sa osobou	Sebanenávisť
Rozvod rodičov alebo vlastný rozvod jedinca	Nízka sebaúcta, sebahodnotenie a sebavedomie
Zneužívanie dieťaťa ako „pěšáka“ pri riešení manželských problémov rodičov	Pocity neistoty a vlastnej neschopnosti
Diagnostikovaná depresívna porucha u starajúcej sa osoby	Pocit vnútornej prázdnoty a osamelosti

Vďaka Hawtonovi (2005) môžeme k tomuto zoznamu doplniť aj faktory ako problémy v škole, nehody s vrstevníkmi či zneužívanie návykových látok. So sebazraňovaním sa z pohľadu niektorých autorov (Martínek, 2015), však môžeme stretnúť aj u jedincov trpiacich syndrómom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dieťaťa (syndróm CAD). Avšak aj u osôb (primárne dospievajúcich), na ktorých sú kladené vysoké nároky zo strany rodičov a okolia. Možnou príčinou môže byť aj problém s prijatím nového partnera rodiča (prevažne matky).

Ako je možné vidieť, faktorov nie je málo a aj keď je už sám o sebe obsiahly, určite nie je konečný. Sebaopoškodzovania je individuálna záležitosť, priam až intímna a príčiny, rovnako ako motívy sa z osoby na osobu často líšia. V nasledujúcich riadkoch bude prezentovaný krátky popis tých primárnejších faktorov:

### 2.3.1 Sociálne a environmentálne faktory

Skúmaním seba poškodzovania sa zaoberal aj Milnes, ktorý vo svojej štúdii prišiel k výsledkom, že až 66% seba poškodzujúcich sa malo vo svojom živote minimálne jeden problém, ktorý im pripadal byť nevyriešiteľný (Milnes, 2002 in Kriegelová, 2008).

Lenže interpersonálne problémy nie sú jediným faktorom. Na každého človeka menšou alebo väčšou mierou vplýva jeho sociálne okolie a rovnako aj to environmentálne, v ktorom sa nachádza.

Zlá socioekonomická situácia, nedostatok sociálnej podpory, osamelosť môžu človeka ovplyvňovať, hlavne dospievajúcu osobu. Nesmieme zabudnúť na životné udalosti, prevažne tie negatívne, ktoré majú taktiež svoj vplyv a môžu mať aj podiel na štarte seba poškodzovaní, či jeho intenzite a pravidelnosti. (Hawton et al, 2002; Hawton, 2005 in Kriegelová, 2008).

Emocionálna klíma v rodine je dôležitá pre správny a zdravý vývoj jedinca. Seba poškodzujúci sa jedinci často prežívali detstvo, kde sa vyskytovali problémy na strane rodičov. Či už so zachádzaním s potrebami dieťaťa alebo bežnými emóciami. Taktiež, ak sa nedokážu dodržiavať medzigeneračné hranice (s tým spojené rozdelenie zodpovednosti či rolí v rodine), môže sa táto skutočnosť stať s jedným z faktorov (Conterio et al., 1998). Dieťa pre svoj správny vývoj potrebuje zo strany rodiča (alebo inej starajúcej sa osoby) cítiť emocionálnu zainteresovanosť a pochvalu. *„Emocionálne neprítomný rodič dáva dieťaťu najavo, že jeho a neúspechy nie sú dôležité a že nemá od života mnoho očakávať.“* (Kriegelová, 2008, s. 70). Avšak, ani opak, ako je príliš striktná výchova plná zákazov či prostredie, v ktorom je jedinec kritizovaný nie je ideálne a strach, či pocit, že nie je milované, ktoré tieto prístupy môžu v dieťati vyvolávať sa môžu preveteliť až do seba poškodzovania. Vďaka tomuto môže dochádzať k emocionálnym problémom, (jedinec môže začať spochybňovať svoje vlastné pocity či reakcie) strate sebaúcty a neskôr aj k autoagresii. Invalidácia, takto tento fenomén označuje Platznerová (2009, s.20). Považuje ho za spoločný etiologický faktor z väčšiny seba poškodzujúcich jedincov. *„Poškodzujúce sa osoby si prinášajú zo svojich dysfunkčných primárnych rodín presvedčenie, že majú nesprávne pocity, že niektoré pocity sú zakázané. V zneužívajúcich rodinách boli často závažne trestaní za vyjadrenie určitých myšlienok a pocitov. V týchto rodinách zároveň absentovali modely osobností, od ktorých by sa dieťa naučilo správne zvládať stres.“*

### 2.3.2 Traumatická udalosť

Existujú udalosti v živote jedinca, ktoré môžu mať silný a trvalý dopad na jeho správanie, prežívanie a celkovo jeho existenciu. Americká psychologická asociácia traumy považuje za emocionálnu odozvu na hrozný zážitok (nehoda, znásilnenie a i.). Dlhodobé reakcie na takúto udalosť môžu prinášať rôzne symptómy, medzi nimi aj nepredvídateľné emócie či flashbacky. Traumatický zážitok v osobe vyvoláva intenzívne pocity hrôzy, strachu či beznádeje. Breslauová (1991) za traumatické považuje tieto udalosti:

- dlhodobá šikana
- svedectvo domáceho násillia/týrania
- sexuálne obt'azovanie či znásilnenie
- zneužívanie (fyzické, sexuálne alebo emocionálne)
- zanedbávanie rodičovskej starostlivosti
- nehoda/vážne zranenie
- neočakávané úmrtie alebo strata významnej osoby

Každá prežitá traumatická udalosť so sebou nesie riziko dlhodobu pretrvávajúcich následkov. Autori Svoboda, Krejčírová a Vágnerová (2009) napríklad, predpokladá sa, že u obetiach sexuálneho zneužívania sa môžu objaviť hlboké pocity viny, trvalý pocit strachu či kontroly nad životom. Určitý pesimistický postoj a rizikové správanie, ohrozujúce primárne jedincovo zdravie (autoagresívne správanie, poruchy stravovania a iné.) Aj zanedbaná starostlivosť zo strany rodičov prináša svoje reakcie (dieťa sa cíti ohrozené a jeho nervová sústava je nadmerne aktívna). Môže sa objaviť narušenie vývoja autoregulácie, ktoré môžu viesť k sebazáchovným stratégiám pri nenaplnenej potrebe spojenia. Jedinci, čo si takýmto typom traumy prešli sa necítia dobre a vyhýbajú sa sociálnym kontaktom práve kvôli úzkosti.

### **2.3.3 Osobnostné faktory a psychické poruchy**

Aj osobnosť jedinca môže mať vplyv na pravdepodobnosť výskytu sebaškodujúceho sa správania v živote jedinca. A hoci je automutilácia individuálnou záležitosťou, väčšina osôb, ktoré trpia sebazraňovaním majú aspoň určité spoločné osobnostné charakteristiky.

Platznerová (2009, s.37) uvádza určité charakteristiky jedincov, ktorí podliehajú sebazraňovaniu:

- zle zvládaná záťaž
- citlivosť na odmietnutie
- hnev voči vlastnej osobe
- potláčaná zlosť a agresivita
- impulzívnosť, problém so sebakontrolou
- chronická úzkosť
- tendencia podliehať aktuálnej nálade
- pocity slabosti, bezmocnosti
- depresia, sebađeštrukcia
- samovraždené myšlienky

S týmto popisom sa prevažne zhoduje aj Kriegelová (2008), ktorá vo svojej monografii navyše uvádza aj neustále sebaobviňovanie a problémy s príjmom potravy.



## Psychické poruchy súvisiace so seba poškodzovaním

Ako bolo spomínané vyššie, seba poškodzovanie nemá samostatnú kategóriu v žiadnom klasifikačnom systéme, preto sa k nemu pristupuje aj v rámci výskytu pri niektorých psychických poruchách. Nasleduje prehľad psychických chorôb, v rámci ktorých sa seba poranenie môže vyskytovať:

- *afektívne poruchy* – v rámci afektívnych porúch je sebamutilácia pozorovaná hlavne v prítomnosti depresívnej fázy.
- *poruchy osobnosti* – 70-80% dospievajúcich, ktorí podliehajú seba poškodzovaniu spĺňajú kritériá pre hraničnú poruchu osobnosti (podľa DSM-IV) (Babáková, 2003).
- *schizofrénne poruchy* – Kocourková (2007, s. 73) uvádza, že sa v prípade týchto porúch častokrát sa môže vyskytnúť takzvaná bizarná automutilácia, ktoré je chápané ako vyjadrenie patologických pocitov viny a tým pádom seba potrestanie.
- *poruchy pudu sebazáchovy* – tuto sa v rámci psychiatrie seba poranenie delí na bilančné (motívom je najčastejšie únik z neprijemného stavu/situácie alebo dosiahnutie určitých výhod) a patické (forma sebatrestania, dôsledok psychickej poruchy).
- *obsedantne – kompulzívna porucha* – Kriegelová (2008, s.95) vo svojej monografii uviedla možný výskyt seba poškodzovania v podobe kompulzívneho prepichovania či odstraňovania kože, škrabania, vytrhávania vlasov, rias, obočia (odborne trichotilománia).
- *poruchy vyvolané užívaním psychoaktívnych látok* – ani v tomto prípade neexistuje výnimka. Uvádza sa, že až približne 30% jedincov, ktorí pôvodne užívali drogy orálne a 10% jedincov, čo užívali drogy injekčne pri prijatí na psychiatrické oddelenie prejavovali známky seba poškodzovania (Kocourková, 2007, s.75).
- *posttraumatická stresová porucha* – v prípade prežitia traumatickej udalosti a následného vývoja PTSD. Seba poškodzovanie za prítomnosti tejto poruchy je chápané ako funkcia sebaregulácie, dovednosť prežitia, preorientovanie sa či pokus o disociáciu od nezvládnuteľných emócií. (Kriegelová, 2008, s.37).
- *poruchy príjmu potravy* – Kriegelová (2008) vo svojej monografii píše o existencii výraznej komorbidity medzi seba ubližovaním a mentálnou anorexiou či bulímiou. Favazza (1996) vo svojich výskumoch zistil, že až 73% jedincov, ktorí podliehajú seba poškodzovaniu trpia aj problémami s príjmom potravy. Komorbiditu porúch príjmu potravy so seba poškodzovaním a samovražedným správaním skúmali aj Koutek, Kocourková a Dudová (2016). Seba poškodzovanie bolo prítomné u 49% a samovražedné správanie u 60% pacientiek hospitalizovaných s anorexiou alebo bulímiou.
- *alexithymia* – porucha spájaná so seba poškodzovaním z dôvodu, že jedinec nedokáže poriadne slovne vyjadriť svoje pocity a prežívanie.

### 3. Liečba

*„Predstava ukončiť zámerné sebapoškodzovanie môže byť pre mnohých jedincov desivá, obzvlášť, ak chápu toto správanie ako jediný spôsob, ako prežiť vo svete, kde sa cítia byť izolovaní, odcudzení od reality, nepochopení a zaplavení zahanbením a strachom.“* (Kriegelová, 2008, s.133).

Liečba automutilačného správania nie je krátkodobá záležitosť. Práve naopak. Jedná sa o dlhý proces, ktorý nemá žiadne rýchle riešenia, čo by pacientovi okamžite pomohli. V tejto oblasti nefungujú ani ultimáta a rozhodnutie podstúpiť liečbu musí prísť od samotného pacienta (Sutton, 2005). Celkovým cieľom terapie sebapoškodzujúceho sa jedinca by malo byť zníženie počtu epizód, prevencia samovraždy a hlavne zlepšenie kvality života pacienta a jeho fungovania v sociálnom prostredí, tak tvrdia autori Lilley & Owens (2009). Iní autori (Straus, 2006) hľadajú na liečbu sebapoškodzovania inak. Podľa tejto autorky si liečba kladie za cieľ, aby si jedinec našiel stratégiu či mechanizmus zvládania problémov, ktorá je vhodnejšia a nahradí automutiláciu. Ďalším cieľom je naučiť jedinca rozprávať o svojich problémoch a emóciách, nie je totiž neprirodzené, že jedinci majú problém s vyjadrením vlastných potrieb a hlavne emócií.

Informácie zo strany Kocourkovej a Koutka (2008) prinášajú fakty, že liečba adolescentov, ktorí sa sebapoškodzujú, je v prvom rade komplexná a zahŕňa biologické aj psychosociálne metódy terapie. Dôležité je rozhodnutie, či liečba bude prebiehať ambulantne alebo bude núdne dospievajúceho hospitalizovať. Hospitalizácia je odporúčaná v prípade, kedy pacient trpí ďalšími prejavmi psychopatológie. Príkladom takýto prejavov môže byť depresia, závislosť na návykových látkach či poruchy príjmu potravy. Ďalším indikáciou k hospitalizácii je, ak sa popri sebazraňujúcom sa správaní objavia aj prejavy suicidálneho správania. Kocourková (2008) taktiež pripomína, že je vhodné pacienta hospitalizovať iba na pracovisko, ktoré má skúsený personál. Upozorňuje totiž na časté manipulatívne správanie, ktoré sa u jedincov z tejto kategórie často objavuje.

Dôležitý je diagnostický rozhovor, ktorý si dáva za cieľ zistiť čo najviac informácií - motiváciu jedinca, ktorá vedie k sebapoškodzovaniu, hlavne kedy a za akých okolností u jedinca tento proces začal. Je potrebné rozobrať akt sebapoškodzovania postupne, krok za krokom. Taktiež by sa mali rozobrať pocity a myšlienky počas celého aktu (čiže pred, počas a aj po procese) sebapoškodzovania. Všetko s ohľadom na detaily (Phelps, 2007).

Odborná intervencia, ktorej úlohou je rozpoznať špecifické vzorce, faktory a príčinné súvislosti sebapoškodzovania by mala pomôcť nájsť aj alternatívne copingové stratégie, ší spôsoby regulácie rôznych emócií. Za cieľ si kladie zlepšenie každodenného života, celkové fungovanie a pohodu jedinca, ale aj zlepšenie komunikácie v ktorejkoľvek oblasti. (Kriegelová, 2008, s.133). Avšak, rovnako tak by mala odborná intervencia zahŕňať aj sociálnu a psychologickú intervenciu. Rovnaká autorka (2008) uvádza v oblasti psychologickéj intervencie primárne poradenskú činnosť. Tá sa snaží zmapovať problém jedinca, pomôcť naplánovať liečbu a podobne. Uplatnenie nachádza ako krátkodobá, tak aj dlhodobá psychoterapia. Častejšie sa využíva individuálna terapia alebo kombinácia

skupinovej a individuálnej terapie, či aj napríklad rodinná terapia. Sociálna intervencia je zameraná skôr na posilnenie kontaktov s odborníkmi, zaistenie bezpečného zázemia či upevnenie sociálnej podpory jedinca.

Aj farmakologická liečba tvorí súčasť terapie. Kriegelová (2008), že sa v niektorých prípadoch osvedčili antipsychotiká (upokojenie, zníženie arousalu), ale využitie našli aj antidepresíva a stabilizátory nálady k regulácii agresivity a afektov.

Bolo potvrdené (Levitt & Sansone, 2004 in Kriegelová, 2008), že využitie jedného jediného terapeutického prístupu pri liečbe sebapoškodzovania nie je veľmi efektívne. Kriegelová (2008) vo svojej publikácii venuje aj pozornosť všeobecným psychoterapeutickým stratégiám popísaných rôznymi autormi, ktoré nájdu svoje využitie v rámci liečby sebapoškodzovania:

- rodinná terapia
- kognitívna reštruktúrácia
- modifikácia správania
- substitúcia a sublimácia rizikového správania
- tvorba terapeutického kontraktu
- dynamická intervencia
- dlhodobá terapia
- kombinovaný prístup psychoterapie a farmakoterapie
- práca so sebaúctou a sebadôverou
- zvyšovanie stresovej tolerancie
- rozvoj alternatívnych copingových stratégií
- motivačné a relaxačné techniky
- tréning komunikačných schopností
- identifikácia emócií a pocitov

Nech už bude výber a postup terapie akýkoľvek, podľa Skegga (2005) je nutné naviazovať vzťah s pacientom, identifikovať problém, riešiť krízu a liečiť psychopatologické prejavy. Avšak, netreba zabúdať na rodinu a iné blízke osoby, ktoré taktiež potrebujú podporu a pomoc.

### **3.1 Prevencia**

Platznerová v spolupráci s Ministerstvom školstva, mládeže a telovýchovy Českej republiky (2015) vytvorila metodické odporúčenia a pokyny primárnej prevencie v rámci rizikového správania v školskom prostredí, medzi ktoré sa zaradilo aj sebapoškodzovania. Vzhľadom k téme bakalárskej práce ďalšie riadky predstavujú krátky výčet z tejto šablóny:

Autorka sa zameriava na dva spôsoby prevencie. Špecifickú a nešpecifickú. Čo sa týka špecifickej primárnej prevencie, je podľa autorky dôležitá vnímavosť voči prejavom možného sebapoškodzovania (nevysvetliteľné rezné rany, jazvy, popáleniny). Stopy sa môžu objavovať na bežných miestach, ktoré jedinci zvyčajne využívajú (predlaktie, zápästie, nedominantná horná končatina), avšak aj na ktorejkoľvek inej časti tela. Ďalším možným

prejavom je oblečenie, zvyčajne neprimerané ročnému obdobiu (dlhé rukávy, nohavice v lete), rôzne metódy krytia zápästia, náplasti, obvazy, ale aj vyhýbanie sa aktivitám, vďaka ktorým by si jedinec musel odhaliť telo. Je však potrebné dozrieť aj na známky (alebo ich nárast) úzkosti či depresie. Na otázky ohľadom svojich zranení väčšinou prichádzajú neúplné, ba priam až neuveriteľné historky, ktoré sa tiež môžu javiť ako jedným z varovných signálov. Je však potrebné nezabúdať na skutočnosť, že otázky ohľadom autoagresie by mali byť v neutrálnom duchu a určite nie útočné.

V rámci nešpecifickej prevencie autorka odporúča posilňovať schopnosti rozoznávať silné stránky jedinca a rozvíjať ich. Posilňovať schopnosti detí a dospelujúcich zvládať záťaž. Taktiež je dôležité naučiť jedincov obracať sa na druhých, nadväzovať vzťahy, zúčastniť sa aktivít, ktoré im môžu dodať pocit spolupatričnosti.

Ak už sa jedná o prevenciu indikovanú, je dôležité odhaliť spúšťače automutilácie, pomôcť zlepšiť uvedomenie čo sa týka stresorov udržiavajúcich sebapoškodzovanie. Ďalej je to zlepšenie schopnosti rozoznať, prežívať a zvládať emočné stavy, vlastné emócie efektívnejšími spôsobmi, naučiť nové, vhodnejšie stratégie zvládanie stresu. Poskytnúť motiváciu a pomocnú ruku vo forme asistencie pri odstraňovaní postranných problémov (napr. užívanie návykových látok).

### **3.2 Negatívne emócie a ich zvládanie**

Emócie sú zdrojom informácií, ktoré jedincovi pomáhajú pochopiť, čo sa deje okolo neho (Schwarz & Clore, 1996). Medzi negatívne emócie by sme laicky mohli zaradiť stres, hnev, zahanbenie, smútok, bezmocnosť a mnoho iných. Dali by sa označiť za súčasť každodenného života. Môžu jedincovi napríklad pomôcť rozpoznať hrozby (Zein, Wyatt, Grezes, 2015).

Ak jedinec venuje príliš veľa času zaoberaním sa negatívnymi emóciami a situáciami, ktoré ich mohli spôsobiť, môže sa dostať do špirály ruminácie (až obsesívne premýšľanie, prehrávanie situácií a skúseností s negatívnymi emóciami) (Nolen-Hoeksema et al., 1993). Práve vďaka tomu, že sa človek nechá strhnúť do tohto blúdivého kruhu, môže sa v konečnom dôsledku cítiť ešte horšie ohľadom danej situácie a ohľadom seba samého. Dôsledky takéhoto premýšľania sa môžu dotknúť ako mentálneho, tak fyzického zdravia a pohody. Izard (2009) prišiel s tvrdením, že vďaka ruminácii sa zvyšuje stresová odozva mozgu, pričom telo je zbytočne zaplavované stresovými hormónom. Existujú dôkazy, že toto môže zapríčiniť klinickú depresiu.

Ruminácia, obsesívne zaoberanie sa negatívnymi emóciami, sa vďaka niektorým štúdiám (Everson et al, 1998, Dimsdale, 2008, Gerin et al, 2012), spája aj s neefektívnymi copingovými mechanizmami – tu môžeme zaradiť prejedanie, fajčenie, užívanie alkoholu. Avšak aj problémami so spánkom, úzkosťou či depresiou.

Vyrovňovanie s negatívnymi emóciami môže byť pomerne náročné ak človek nemá vhodné stratégie zvládania ako stresu, tak hnevu či iných emócií, ktoré by sa dali zaradiť do kategórie negatívnych. Väčšina osôb má zaužívané spôsoby, ktoré užívajú, nech ide

o akýkoľvek vek. Množstvo internetových stránok a publikácií sa zhodne v niekoľkých radách – relax v podobe čítania, počúvania hudby, prechádzky či konverzácie s priateľom môže byť rovnako prospešné ako fyzická aktivita.

Aké metódy používajú adolescenti si položili aj autori Se-Hyuk Park a Youngshim Kim (2018). Skúmajú, ako to má kórejská populácia adolescentov. Zameriavali sa primárne na copingové stratégie, ktoré sa týkajú nadmerného stresu. Prišli k výsledkom, ktoré rozložili do niekoľkých kategórií:

- *stratégie zamerané na fyzickú aktivitu* (šport a pod.),
- *stratégie zamerané na nefyzickú, pozitívnu aktivitu* (počúvanie hudby, surfovanie po internete, písanie eseje a pod.),
- *využívanie maladaptívnych stratégií* (prílišné užívanie internetu, počítačových hier alebo sociálne deviantné správanie – agresivita, vandalizmus, šikana, či užívanie alkoholu a pod.)
- *stratégie zamerané na náboženstvo/vieru* (modlenie sa, čítanie biblie).

Práve tým, ako sa vybraná skupina adolescentov vyrovnáva s negatívnymi emóciami sa zaoberá praktická časť tejto bakalárskej práce.

## Výskumná časť

### 4. Výskumný problém, ciele výskumu a výskumné otázky

S ohľadom na tému bakalárskej práce, ktorou je sebapoškodzovanie u dospievajúcich sa stalo hlavným cieľom tejto praktickej časti pokúsiť sa zistiť, v akom rozsahu sa sebapoškodzovanie medzi adolescentmi vyskytuje. Cieľovou skupinou sa stali žiaci základných a stredných škôl výchovu Slovenskej republiky. A výskyt sebapoškodzovania nie je jediným cieľom. Táto praktická časť má priniesť aj odpoveď na otázku, aké spôsoby vyrovnávania sa (ventilácie) negatívnych emócií títo dospievajúci používajú.

Rovnakú úlohu si stanovila v rámci svojej bakalárskej práce aj študentka z Brna (Francú, 2006). Cieľom práce autorky bolo skúmanie spôsobu ventilácie negatívnych emócií a sebapoškodzovania adolescentov (vek 12-20) v Českej republike, konkrétnejšie v oblasti mesta Brno. V praktickej časti si autorka vytvárala vlastný dotazník, ktorý je zameraný aj na spôsob vyrovnávania sa s negatívnymi emóciami. Pričom zároveň skúma aj otázku sebapoškodzovania, čo je, rovnako ako podľa mienky autorky, tak aj podľa môjho názoru, citlivou témou a polozenie dotazníku zaoberajúci sa primárne iba problematikou sebapoškodzovania, by mohlo byť skôr kontraproduktívne. Jej práca celkovo, rovnako ako spôsob vykonania praktickej časti ma veľmi zaujala a motivovala. Po súhlase autorky, som sa rozhodla tento dotazník taktiež použiť, avšak, prešiel drobnými úpravami a prekladom do slovenského jazyka. Práca, ktorej sa venujem si však nedáva za cieľ porovnávať výsledky s výsledkami bakalárskej práce M. Francu (2006).

Oficiálne informácie o tom, koľko sebapoškodzujúcich sa nachádza na Slovensku, som žiaľ nenašla. Preto sa môžem odražať primárne od údajov, ktoré už v tejto práci boli spomenuté. A teda, autori (Hawton et al., 2012 & Muehlenkamp et al., 2012) uvádzajú, že do 18.roku života vyskúšalo aspoň raz akt sebapoškodenia 10-20% mladistvých.

Výskumných otázok, ktoré som si v rámci tejto praktickej časti položila je viac, konkrétne tri:

- 1. Ako rozšírené je sebapoškodzovanie u dospievajúcich?**
- 2. Aké metódy ventilácie negatívnych emócií používajú dospievajúci najčastejšie?**
- 3. Existujú rozdiely medzi mužským a ženským pohlavím v spôsoboch ventilácie negatívnych emócií?**

## 4.1 Charakteristika výskumného súboru

Toto výskumné šetrenie je zamerané na adolescentov, preto považujem za vhodné určiť si dospelie vekovo. Keďže vychádzam z dotazníka, ktorý autorka použila pre vekovú kategóriu 12 – 20, rozhodla som sa ju needitovať. Autorka dotazníka pri výbere vekovej kategórie vychádza zo zahraničných zdrojov (Department for Education and Skills, 2003), ktoré uvádzajú 13. rok života ako počiatok sebapoškodzovania, tento fakt podporuje aj Muehlenkamp (2004), ktorý podáva informáciu, že prvá skúsenosť s automutiláciou sa objavuje medzi 13. až 15. rokom života. Macek radí jedincov vo veku 10 do 20 medzi adolescentov. Pre tieto odlišnosti problematické vymedziť presnejší vek začiatku automutilácie. Práve kvôli rôznym názorom som zostala pri veku, ktorý autorka pôvodne uviedla.

Tento kvantitatívny dotazník sa pôvodne mal osobne podávať na Gymnáziu Pavla Horova a jednej základnej škole v okrese Michalovce (resp. niekoľkých iných), žiaľ kvôli pandemickej situácii a dlhodobému uzavretiu škôl sa musela nájsť alternatívna cesta. Dotazník sa preniesol do online podoby a podával sa cielene cez rôzne kontakty cieľovej skupiny (primárne východ Slovenska). Celkovo sa tohto malého mapujúceho výskumu zúčastnilo 40 osôb, z toho presne polovica, čiže 20, respondentov ženského pohlavia a 20 respondentov mužského pohlavia. Priemerný vek celej tejto vzorky je 16,95.

**Tab. 3:** Rozloženie veku a pohlavia respondentov

Vek	Počet mužov	Počet žien
12	1	2
13	0	0
14	0	1
15	2	2
16	4	3
17	2	5
18	6	3
19	3	2
20	2	2
<b>Spolu:</b>	<b>20</b>	<b>20</b>

## 4.2 Metóda výskumu

Sebapoškodzovanie nie je jednoduchá téma. Práve naopak, ako bolo spomínané vyššie, je to téma osobná, citlivá a teda som toho názoru, že by polozenie priamej otázky alebo dotazníku zameraným čisto na túto problematiku, bolo kontraproduktívne, priam až nevhodné. Dotazník som so súhlasom autorky prevzala, drobne ho upravila a preložila do slovenského jazyka.

Dotazník je anonymný (viď. Príloha č. 1) v úvode rieši otázku pohlavia a veku. Nasleduje primárna otázka: „*Čo robíš, keď cítiš zlosť, bezmocnosť, hnev, zúfalstvo, zahanbenie, smútok alebo si vo veľkom strese?*“ Nasleduje informácia, ktorá respondentu oboznamuje, že je na jeho rozhodnutí, na ktorú z týchto negatívnych emócií sa zameria. Následne má respondent k dispozícii 20 spôsobov zvládania negatívnych emócií. Posledná metóda zahŕňa iba možnosť vyjadrenia sa k ďalšej metóde zvládania danej emócie, ktorá nie je uvedená v danom zozname možností. Pri každej metóde si respondent podľa vlastného uváženia volí na číselnej stupnici od 0 (nepoužívam vôbec) do 6 (používam najviac), vďaka čomu vyjadruje, ako blízka je mu daná metóda.

Prehľad spôsobov zvládania negatívnych emócií zahrnutých v dotazníku:

- Porožprávam sa s kamarátom/kamarátkou, priateľom/priateľkou
- Idem sa baviť s priateľmi
- Poriadne sa najem (až sa prejem), nejem vôbec
- Zapálím si cigaretu
- Napijem sa (alkohol)
- Dám si drogy (marihuana, extáza, iné)
- Som sám/sama a premýšľam
- Vyplačem sa
- Pohádam sa s niekým, zanádam si
- Vykričím sa, hádzem/rozbíjam veci
- Ublížim sebe napr. rezaním sa, pálením sa, škriabaním sa
- Pobijem sa, vybijem si zlosť na niekom inom
- Pozriem si film/seriál/video na YouTube
- Počúvam hudbu
- Surfujem po internete, hrám hry
- Kreslím
- Píšem denník, blog, básne etc.
- Čítam knihu, časopis
- Idem sa prejsť, zašportovať si
- Iné (ak robievaš iné aktivity, ktoré tu neboli spomenuté, prosím, napíš ich)



## 5. Výsledky

### 5.1 Percentuálne zhodnotenie metód zvládania negatívnych emócií

Spracované dáta priniesli zaujímavé informácie ohľadom percentuálneho využitia jednotlivých spôsobov vyrovnávania sa s negatívnymi emóciami.

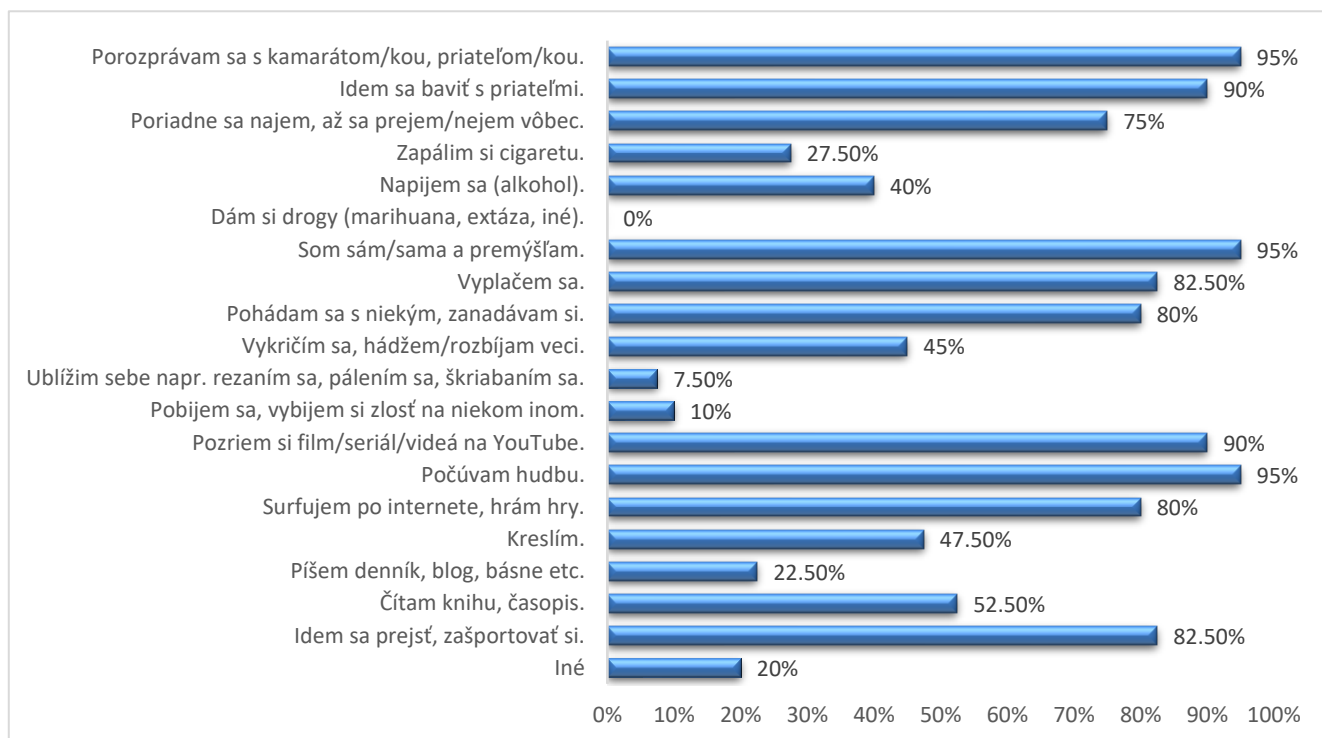
Ako uvádza Graf 1., najpoužívanejšími metódami sú „Porozprávam sa s kamarátom/kou, priateľom/kou“, „Som sám/sama a premýšľam“ a „Počúvam hudbu“, ktoré dosiahli až 95%.

Na hladinu presných 90% sa dostali metódy „Idem sa baviť s priateľmi“, rovnako ako „Pozriem si film/seriál/videá na YouTube“.

Medzi 70% až 90 % ležia metódy „Vyplačem sa“, „Idem sa prejsť, zašportovať si“, ktoré dosiahli rovnakú percentuálnu hodnotu a to 82,50%. O niekoľko percent nižšie, na hodnote 80% sa usídlili taktiež dve metódy a to – „Pohádam sa s niekým, zanádam si“ a „Surfujem po internete, hrám hry“. Posledný spôsob, ktorý využíva nadpolovičná väčšina je „Poriadne sa najem, až sa prejem/nejem vôbec“, ktorá dosiahla 75%.

O čosi viac než polovica respondentov (52,50%) siaha po materiáloch na čítanie – „Čítam knihu, časopis“.

**Graf 1:** Percentuálne využitie jednotlivých metód



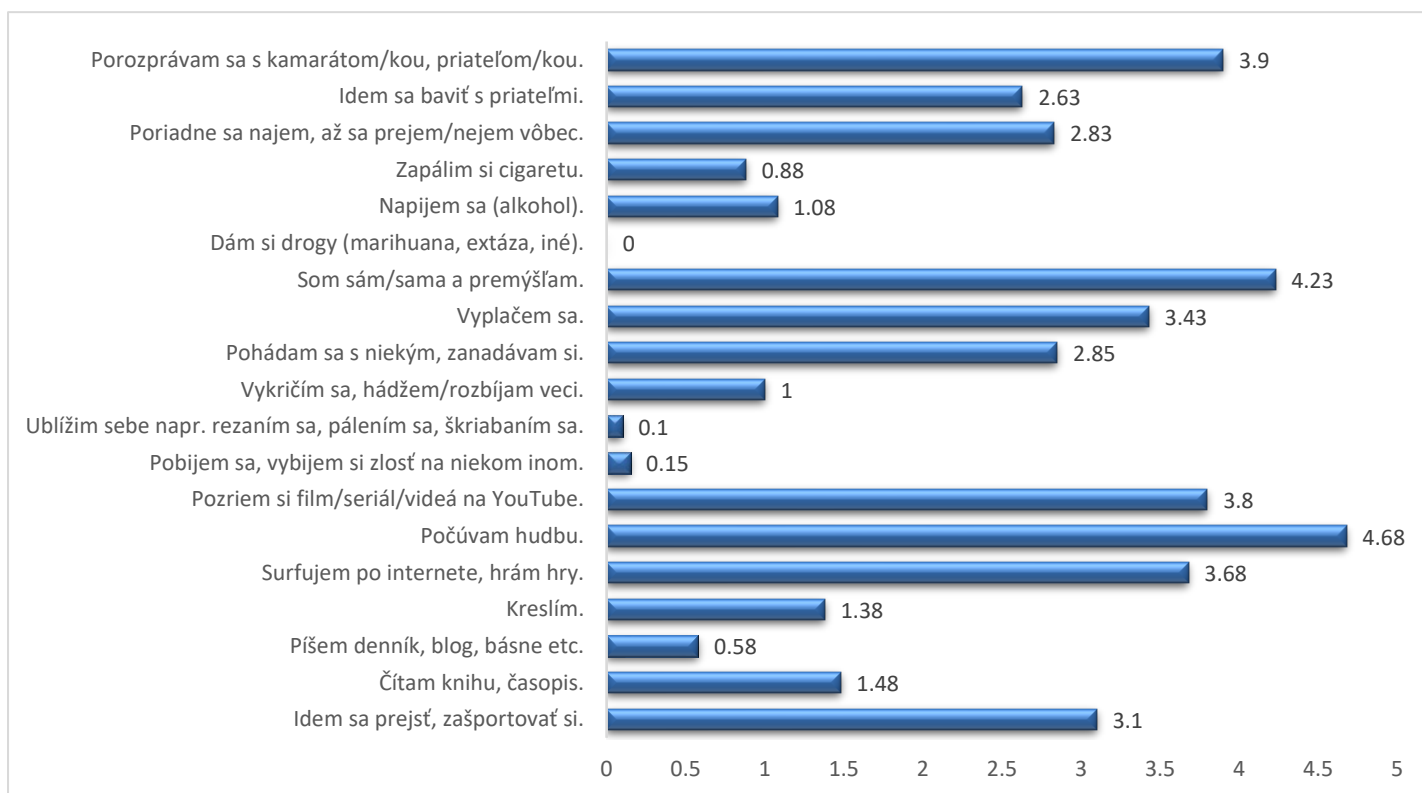
Metódy, ktoré užíva takmer polovica respondentov je „Kreslím“, s odozvou až 47,50%. Za ňou v tesnom závесе nasleduje „Vykričím sa, hádžem/rozbíjam veci“ s 45%. Poslednou metódou, ktorá sa pohybuje v oblasti takmer polovice je „Napijem sa (alkohol)“.

V nižších číslach sa už pohybujú metódy „Zapálím si cigaretu“ s 27,50%, ďalej „Píšem denník, blog, básne, etc.“ s 22,50%. Rovných 10% dosiahla metóda „Pobijem sa, vybijem si zlosť na niekom inom“, za ňou nasleduje „Ublížim sebe napr. rezaním sa, pálením sa, škriabaním sa“ s hodnotou 7,50%.

Metóda, ktorá nie je využívaná vôbec je „Dám si drogy (marihuana, extáza, etc.). Napokon, 20% respondentov v kolónke „Iné“ navyše uviedlo svoju vlastnú metódu.

## 5.2 Priemerné bodové zhodnotenie metód zvládania negatívnych emócií

Graf 2: Priemerné bodové využitie jednotlivých metód



Táto časť sa zameriava na priemer bodov, ktoré jednotlivé metódy získali od všetkých respondentov. Pre zopakovanie, respondenti si volili na škále 0-6 aká blízka (resp. obľúbená) im táto metóda je. 0 teda znamená, že vôbec, 6, naopak, že im je daná metóda blízka, čiže by sa dalo povedať aj často využívaná, popr. obľúbená. Z hľadiska priemeru bodov prvé miesto získala metóda „Počúvam hudbu“ s priemerom 4,672 bodov, čiže je respondentom táto metóda najbližšia. Nasleduje metóda „Som sám/sama a premýšľam“ s priemerom 4,225 bodov. Na tretiu pozíciu sa dostáva „Porozprávam sa s kamarátom/kou, priateľom/kou“, ktorá dosiahla 3,9 bodov.

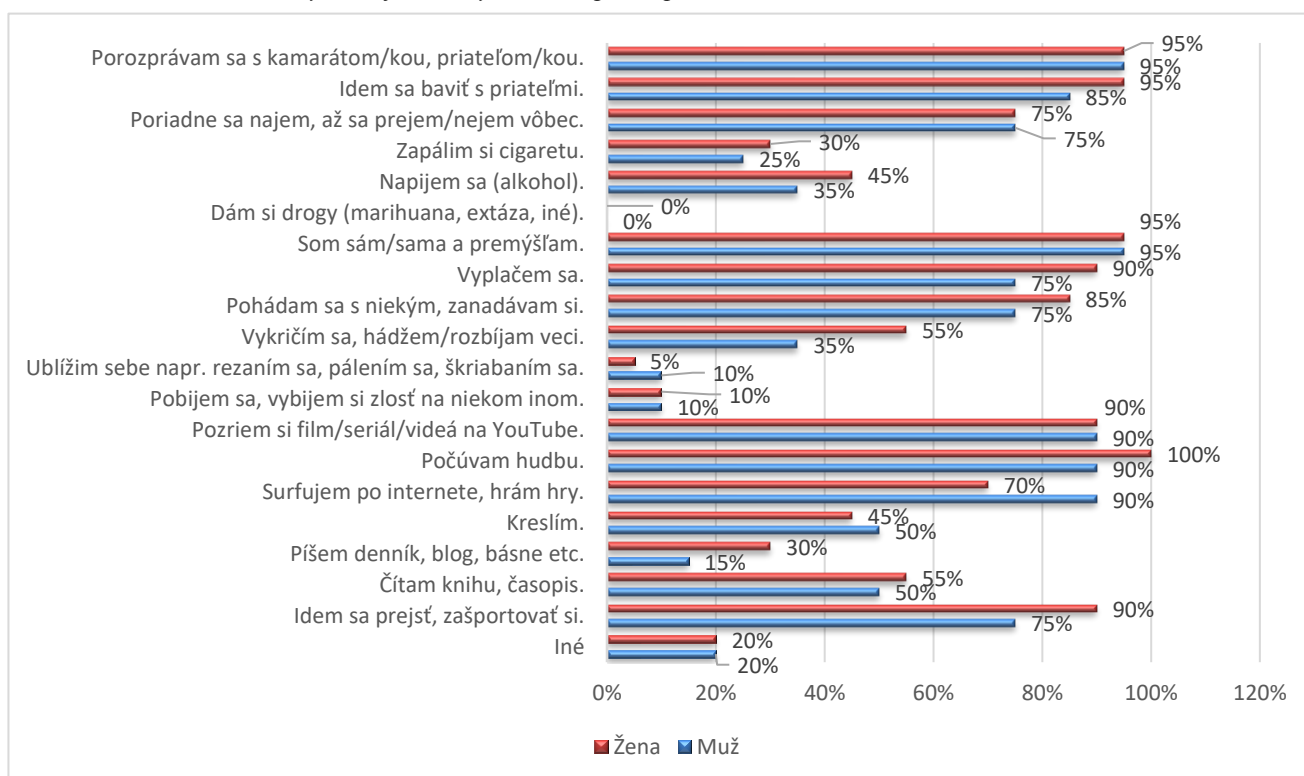
Tesne za ňou nasledujú „Pozriem si film/seriál/videá na YouTube“ s „Surfujem po internete, hrám hry“ s priemerom 3,8 a 3,675 bodov. Nižšie sa nachádza „Vyplačem sa“ s priemerom 3,425 bodov. Priemer 3,1 dosiahla metóda „Idem sa prejsť, zašportovať si“. Pod hranicou troch bodov sa umiestnili „Pohádam sa s niekým“ s priemerom 2,85, „Poriadne sa najem, až sa prejem/nejem vôbec“, ktorá dosiahla priemer 2,825 bodov a „Idem sa baviť s priateľmi“ 2,625 bodov ako priemernou hodnotou.

Medzi najmenej obľúbené metódy patria „Čítam knihu/časopis“ (1,475), „Kreslím“ (1,375) a „Napijem sa (alkohol)“ s priemerom 1,075 bodov. Rovný 1 bod dosiahla metóda „Vykričím sa, hádžem/rozbijam veci“. Nezaostáva ani „Zapálím si cigaretu“ s priemerom 0,875. S priemerom bodov 0,575 sa „Píšem denník, blog, básne etc.“ dostáva medzi poslednú štvoricu najmenej obľúbených resp. využívaných metód. „Pobijem sa, vybijem si zlosť na niekom inom“ dosahuje priemer 0,15.

Predposledné miesto patrí možnosti „Ublížim sebe napr. rezaním sa, pálením sa, škriabaním sa“ s priemerom 0,1 bodov. Na posledné miesto sa dostáva neobľúbená a vôbec nevyužívaná metóda „Dám si drogy (marihuana, extáza, iné)“, ktorá dosiahla rovnú 0.

### 5.3 Hodnotenie metód podľa pohlavia

**Graf 3:** Percentuálne využitie jednotlivých metód podľa pohlavia



## Ženy

Ak sa zameriame na najviac využívané metódy, je najvyužívanejšou metódou „*Počúvam hudbu*“, ktorá už ženského pohlavia dosahuje rovných 100%.

Na rovnakej úrovni sa v rámci ženského pohlavia ocitlo niekoľko aktivít a to „*Porozprávam sa s kamarátom/kou, priateľom/kou*“, „*Idem sa baviť s priateľmi*“, „*Som sám/sama a premýšľam*“, ktoré využíva až 95% respondentiek.

Vysoké percento využívania (90%) dosiahli metódy „*Vyplačem sa*“, „*Pozriem si film/seriál/videá na YouTube*“ a rovnako tak „*Idem sa prejsť, zašportovať si*“.

Metóda „*Pohádam sa s niekým, zanádam si*“ dosahuje v tomto prípade až 85%. Tesne nasledujú metódy „*Poriadne sa najem, až sa prejem/nejem vôbec*“ a „*Surfujem po internete, hrám hry*“, ktoré dosiahli 75% a 70%.

Využívané spôsoby, ktoré sa pohybujú v okolí päťdesiatich percent sú „*Čítam knihu/časopis*“, „*Vykričím sa, hádžem/rozbíjam veci*“, ktoré obe dosiahli využívanosť 55%. O niekoľko percent menej získali metódy „*Napijem sa (alkohol)*“ a „*Kreslím*“, ktoré sú taktiež na rovnakej úrovni – 45%.

Rovných 30 % respondentiek ženského pohlavia využíva metódy „*Zapálím si cigaretu*“ a „*Píšem denník, blog, básne etc.*“.

„*Pobijem sa, vybijem si zlosť na niekom inom*“ dosahuje u ženského pohlavia 10%. Možnosť, ktorá sa zaoberá sebapoškodzovaním – „*Ublížim sebe napr. rezaním sa, pálením sa, škriabaním sa*“ sa dostala na úroveň 5%. Rovnú nulu dosiahlo „*Dám si drogy (marihuana, extáza, iné)*“.

Možnosť prispieť aj inou metódou zvládania negatívnych emócií využilo 20% respondentiek (možnosť napísať svoj vlastný komentár pod „*Iné*“). Respondentky uviedli metódy – „*Vyspím sa na to*“, „*Hladkám psa a rozprávam sa s ním*“ a „*Čakám, kým všetko prejde*“.

## Muži

V porovnaní so ženským pohlavím sa neukázala žiadna metóda, ktorú by využívali všetci respondenti mužského pohlavia. Na úrovni 95%, čiže medzi najviac využívanými metódami, sa však ocitli dva spôsoby ventilácie negatívnych emócií a to „*Porozprávam sa s kamarátom/kou, priateľom/kou*“, „*Som sám/sama a premýšľam*“.

Druhé miesto zastávajú zastávajú až tri metódy – „*Pozriem si film/seriál/videá na YouTube*“, „*Počúvam hudbu*“ a „*Surfujem po internete, hrám hry*“, ktoré využíva až 90% respondentov mužského pohlavia.

Medzi 50% až 85% mužských respondentov využíva niekoľko metód – „*Idem sa baviť s priateľmi*“ (85%) a „*Poriadne sa najem, až sa prejem/nejem vôbec*“, „*Vyplačem sa*“, „*Pohádam sa s niekým, zanádam si*“ a napokon „*Idem sa prejsť, zašportovať si*“.

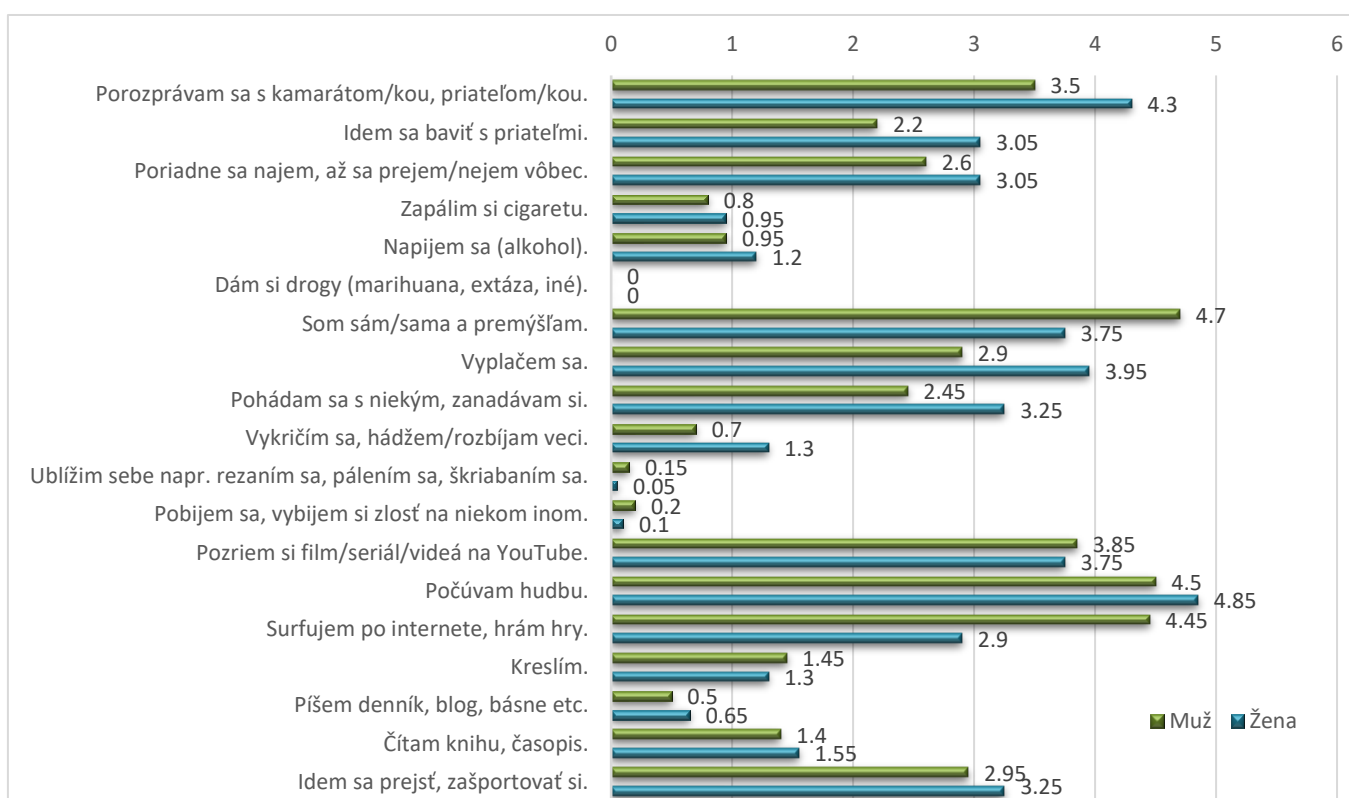
Všetky spomínané metódy dosiahli v spracovaní dát 75%. Presnú polovicu (50%) získali metódy „Kreslím“ a „Čítam knihu/časopis“.

Menej ako päťdesiat percent dosiahli metódy „Napijem sa (alkohol)“, a „Vykričím sa, hádzem/rozbíjam veci“, ktoré sú na úrovni 35%. Okolo 25% respondentov si zvolilo možnosť „Zapálím si cigaretu“.

Iba 15% mužských respondentov sa v situáciách podčiarknutými negatívnymi emóciami venuje možnosti „Píšem denník, blog, básne etc.“. Na rovnakej úrovni (10%) sa nachádzajú „Pobijem sa, vybijem si zlosť na niekom inom“ a „Ublížim sebe napr. rezaním sa, pálením sa, škriabaním sa“. Nulovú využívanosť dosiahla možnosť „Dám si drogy (marihuana, extáza, iné)“.

Aj tuto 20% respondentov mužského pohlavia využilo možnosť uviesť vlastný spôsob vysporiadania sa s negatívnymi emóciami. A to zaujímavé metódy ako – „Lukostreľba, poľovačky na zver“, „Pomáham v rodine“, „Trávim čas so psom“.

**Graf 4:** Priemerné bodové využitie jednotlivých metód podľa pohlavia



## Ženy

Najvyššie priemerné bodové hodnotenie získala u žien metóda „Počúvam hudbu“ s 4,85 bodmi. Za ňou nasleduje „Porozprávam sa s kamarátom/kou, priateľom/kou“ s priemerom bodov 4,3.

„Vyplačem sa“ získalo tretie miesto v priemernom počte bodov a to 3,95. V tesnom závесе nasledujú dve metódy s priemerom 3,75 bodov a to – „Som sám/sama a premýšľam“ a „Pozriem si film/seriál/videá na YouTube“.

V rozmedzí 3 až 3,25 bodov sa nachádzajú 4 metódy. Priemer 3,25 bodov v rámci ženského pohlavia získali taktiež dve metódy, medzi ktoré *patri* „Idem sa prejsť, zašportovať si“ a „Pohádam sa s niekým, zanádam si“. Menší priemer (3,05) zastávajú metódy „Idem sa baviť s priateľmi“ a „Poriadne sa najem, až sa prejem/nejem vôbec“. Tesne za tým sa nachádza „Surfujem po internete, hrám hry“ s bodovým priemerom 2,9.

„Čítam knihu, časopis“ dosiahlo menšej obľúbenosti, s priemerom 1,55 bodov. Dve metódy – „Kreslím“ a „Vykričím sa, hádzem/rozbíjam veci“ zastávajú bodový priemer 1,3. Neveľký rozdiel prináša so sebou aj priemer 1,2 pri metóde „Napijem sa (alkohol)“.

Na posledných miestach sa v rámci priemeru bodov nachádza niekoľko metód a to – „Zapálím si cigaretu“ s 0,95; „Píšem denník, blog, básne etc.“ s 0,65; „Pobijem sa, vybijem si zlosť na niekom inom“ s 0,1. Napokon „Ublížim sebe napr. rezaním sa, pálením sa, škriabaním sa“ dosiahlo priemer 0,05 bodov. A opäť úplnú nulu „Dám si drogy (marihuana, extáza, iné)“.

## Muži

Mužské pohlavie využíva podľa priemeru bodov primárne metódu „Som sám/sama a premýšľam“, ktorá dosiahla priemer až 4,7. Za ňou nasledujú dve metódy, ktoré medzi sebou nemajú až tak veľký rozdiel a to – „Počúvam hudbu“ a „Surfujem po internete, hrám hry“, ktoré dosiahli priemer 4,5 a 4,45 bodov.

Ďalšie dve možnosti, ktoré sa tešia obľúbenosti sú a „Pozriem si film/seriál/videá na YouTube“, s priemerom 3,85 a „Porozprávam sa s kamarátom/kou, priateľom/kou“ s priemerom 3,5 bodov.

V oblasti dvoch bodov sa pri mužskom pohlaví pohybujú metódy „Idem sa prejsť“ s priemerom 2,95; „Vyplačem sa“ s priemerom 2,9. Ďalej sú to „Poriadne sa najem, až sa prejem/nejem vôbec“, „Pohádam sa s niekým, zanádam si“ a „Idem sa baviť s priateľmi“ s priermi 2,6; 2,45 a 2,2 bodov.

Neveľký rozdiel majú medzi sebou „Čítam knihu, časopis“, „Kreslím“ a „Idem sa prejsť, zašportovať si“, ktoré zastávajú bodové priemery 1,55; 1,45 a 1,4.

Nižší bodový priemer, ktorý nedosiahol ani jeden bod získali „Napijem sa (alkohol)“ (0,95), „Zapálím si cigaretu“ (0,8), „Vykričím sa, hádzem/rozbíjam veci“ (0,7).

Priemer 0,7 bodov dosiahol spôsob ventilácie „Vykričím sa, hádzem/rozbíjam veci“. Za týmto spôsobom nasleduje „Píšem denník, blog, básne etc.“ s priemerom 0,5.

Takmer na úrovni nuly sa nachádzajú metódy „Pobijem sa, vybijem si zlosť na niekom inom“ s priemerom 0,2 bodov, „Ublížim sebe napr. rezaním sa, pálením sa,

škriabaním sa“ s priemerom 0,15 bodov. A napokon, rovnako ako vyššie, 0 dosiahla metóda „Dám si drogy (marihuana, extáza, iné)“.

### **Muži a ženy – porovnanie**

Respondenti oboch pohlaví majú medzi sebou niekoľko rozdielov, či už väčších alebo menších, avšak zastávajú v istých oblastiach aj rovnaké percentuálne alebo bodové stanoviská.

Najviac využívanými metódami z percentuálneho aj bodového hľadiska je u žien „Počítvam hudbu“, ktoré dosahuje 100% a priemer 4,85 bodov (u mužov 90% a 4,5). Naopak, u mužov sa najväčšieho priemeru dosiahlo v metóde „Som sám a premýšľam“, ktorá percentuálne zastáva číslo 95% ako u žien, tak aj u mužov. V rámci bodového priemeru existuje taktiež väčší rozdiel – 4,7 bodov pre mužov a 3,75 pre ženy.

Rovnaké percentá u oboch pohlaví dosahujú metódy „Porozprávam sa s kamarátom/kou, priateľom/kou“ (95%), kde je však v bodovom priemere väčší rozdiel – 3,5 pre mužov a 4,3 pre ženy. „Pozriem si film/seriál/videá na YouTube“ taktiež zastávajú rovnaké percentuálne ohodnotenie (90%) a medzi priemerom bodov neexistuje takmer žiaden rozdiel (3,85 pre mužov a 3,75 pre ženy). Medzi ďalšie rovnako percentuálne využívané metódy patrí „Poriadne sa najem, až sa prejem/nejem vôbec“ (75%), ktorá je bližšia ženskému pohlaviu – priemer 3,05 bodov. U mužov je to 2,6 bodov. Metódu „Pobijem sa, vybijem si zlosť na niekom inom“ zaškrtlo 10% respondentov ako ženského, tak aj mužského pohlavia. Takmer žiaden rozdiel prináša aj bodový priemer, s mužmi vo vedení (0,2) a ženami za nimi – 0,1 bod.

Dvadsaťpercentný rozdiel medzi mužskými a ženskými respondentmi existuje pri metóde „Surfujem po internete, hrám hry“ (90% muži a 70% ženy), pričom veľký rozdiel je aj v priemeroch, kde muži zastávajú priemer 4,45 a ženy 2,9.

Ďalší dvadsaťpercentný rozdiel medzi mužmi a ženami sa zistil v metóde „Vykričím sa, hádzem/rozbíjam veci“, ktorú využíva 55% žien a 35% mužov. V priemere bodov sa však veľký rozdiel nenašiel, stále vedú ženy s priemerom 1,3 a za nimi sa nachádzajú muži s priemerom 0,7 bodov.

Pätnásťpercentné rozdiely majú medzi sebou tri metódy – „Vyplačem sa“, kde ženské pohlavie dosahuje až 90% a naopak, mužské 75%. Veľký rozdiel je aj v priemeroch, kde 3,95 dosiahli ženy a 2,9 muži. S úplne rovnakým percentuálnym ohodnotením v rámci ženského a mužského pohlavia prichádza metóda „Idem sa prejsť, zašportovať si“, avšak, v rámci bodového priemeru je rozdiel minimálny – 3,25 ženy a 2,95 muži. Poslednou metódou s pätnásťpercentným rozdielom je metóda „Píšem denník, blog, básne etc.“, ktorá sa nie je príliš obľúbená. Využíva ju iba 30% žien a 15% mužov. Dokonca ani priemer neprináša veľký rozdiel – ženy priemerne zastávajú 0,65 a muži a 0,5 bodov.

Rozdiel desiatich percent nájdeme medzi niekoľkými metódami a to – „Idem sa baviť s priateľmi“, ktorá zastáva 95% v rámci žien a o desať percent menej v rámci mužov. Viac než bodový rozdiel sa už nachádza v priemeroch – ženy vedú s 3,05 a muži nasledujú

s 2,2 bodmi. „*Pohádam sa s niekým, zanedávam si*“ dosahuje u žien až 85% a u mužov 75%. Bodový rozdiel (3,25 ženy a 2,45 muži) nie je až taký veľký. Veľkej popularite sa neteší metóda „*Napijem sa (alkohol)*“, ktorá však u žien dosahuje takmer polovicu (45%) a mužov o desať percent menej (35%). Priemery tiež nie sú príliš odlišné – aj tuto ženy dosahujú vyššie číslo – 1,02 a muži necelý bod (0,95).

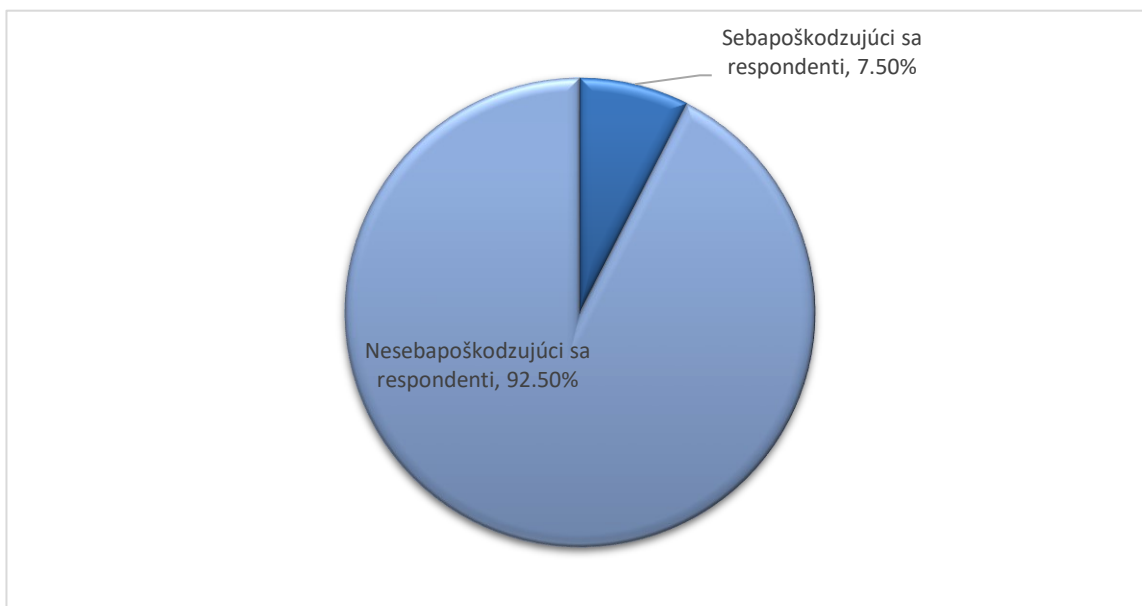
Päťpercentné rozdiely majú medzi sebou muži a ženy v štyroch metódach, z toho v dvoch ženské pohlavie percentuálne aj bodovo vedie. „*Čítam knihu, časopis*“ zastáva polovica respondentov, z toho vedie 55% žien. Bodový rozdiel je minimálny (1,55 ženy a 1,4 muži). Využitie metódy „*Kreslím*“ zastáva presne 50% mužov, ktorí tak výnimočne o 5% percent vedú nad ženami. Rozdiel v bodoch je taktiež takmer nebadateľný (1,45 muži a 1,3 ženy). Zaujímavé je, že o 5 percent viac žien využíva metódu „*Zapálím si cigaretu*“ – 30%. Priemery sú opäť takmer nerozdielne – 0,95 ženy a 0,8 muži. Ďalší rozdiel, ktorý zastáva 5% je v metóde „*Ublížim sebe, napr. rezaním sa, pálením sa, škriabaním sa*“, kde mužské pohlavie vedie v číslom 10%. Menej blízke je to taktiež ženám, s bodovým priemerom 0,05, u mužov 0,15.

Metóda, ktorá nebola využitá vôbec a dosiahla tak 0% aj 0 bodov je „*Dám si drogy (marihuana, extáza etc.)*“.

K iným metódam sa vyjadrilo rovnako 20% aj mužov aj žien, pričom jednou z metód, ktoré využívajú obe pohlavia je trávenie času so psom. Ostatné metódy sú skôr zamerané na relax v podobe spánku, lukostreľby, pomoci v rodine. Taký flegmatickejší, menej aktívny spôsob volí ženská respondentka, ktorá čaká, kým všetko prejde.

#### 5.4 Hodnotenie metódy „Ublížim si napr. rezaním sa, pálením sa, škriabaním sa“

**Graf 5:** Percentuálny pomer sebaopoškodujúcich a nesebaopoškodujúcich sa respondentov



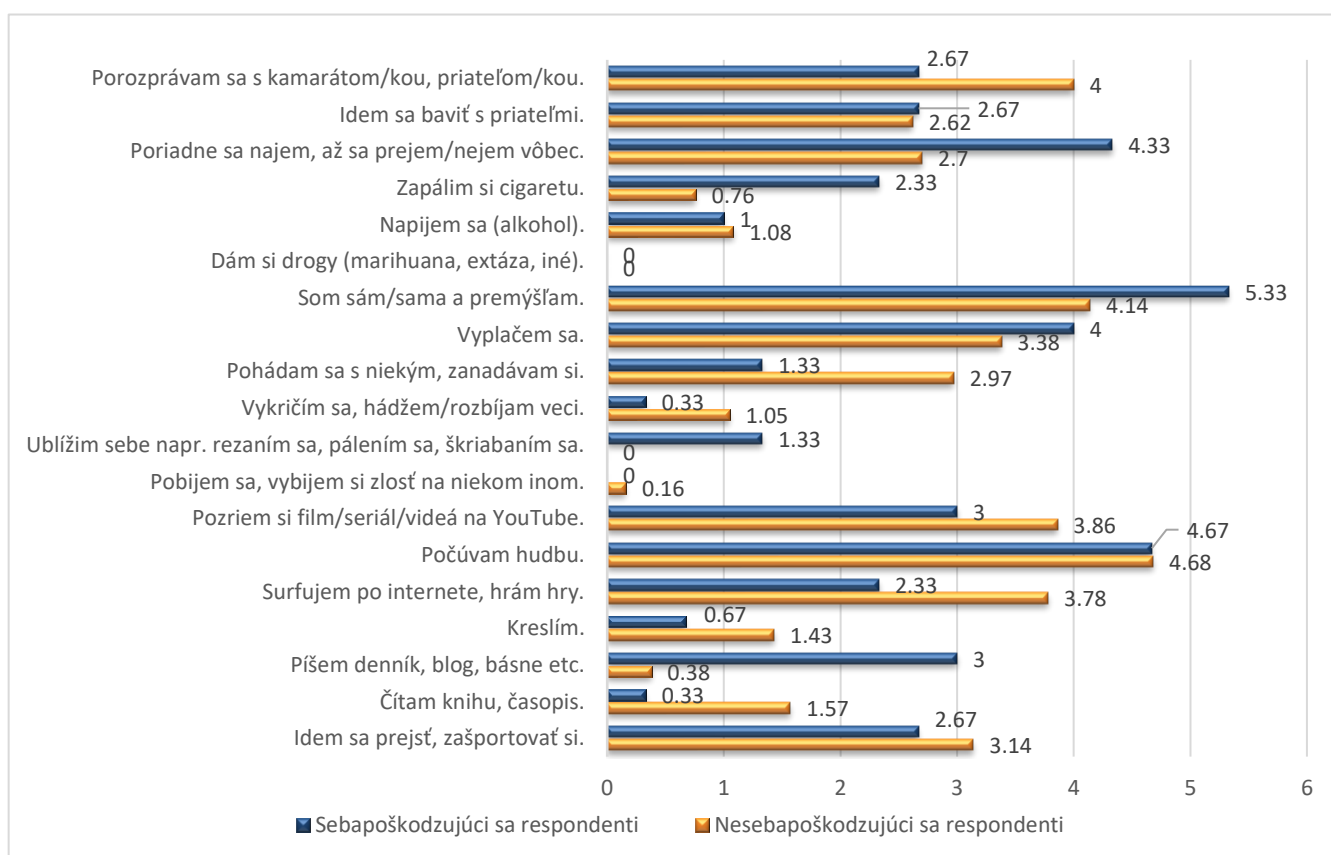


Z celkového počtu respondentov sa napokon našli traja jedinci, ktorí podliehajú sebapoškodzovaniu. Tvoria tak 7,5 percent, pričom zvyšných, 92,5, čiže 37 respondentov, sa radí medzi nesebapoškodzujúcich (Graf 5). Z bodového hľadiska, dosiahla možnosť sebapoškodzovania priemernú bodovú hodnotu 0,1 (Graf 2).

Z 40 respondentov teda zaškrtili využívanie metódy sebapoškodzovania traja respondenti. Z toho sú dvaja mužského pohlavia vo veku 16 a 18, čo celkovo tvorí 10% a jedna žena vo veku 20 rokov, ktorá zastáva 5%.

Nasledujúce riadky budú venované primárne porovnávaniu jedincov, čo podliehajú automutilácii s jedincami, ktorí túto možnosť nezaškrtili. Informácie vychádzajú z nižšie zobrazeného grafu (Graf 6), ktorý porovnáva priemerné bodové hodnotenie oboch skupín.

**Graf 6:** Priemerné bodové hodnotenie u sebapoškodzujúcich a nesebapoškodzujúcich sa respondentov



Môžeme nájsť niekoľko opäť väčších aj menších rozdielov medzi danými skupinami. Najväčší rozdiel je v kategórii „Poriadne sa najem, až sa prejem/nejem vôbec“, kde je bodový priemer u sebapoškodzujúcich sa jedincov 4,33 a u nesebapoškodzujúcich je takmer dvakrát menší – 2,7.

Ďalší, pomerne veľký rozdiel je v metóde „Porozprávam sa s kamarátom/kou, priateľom/kou“, kde nesebapoškodzujúci sa respondenti dosiahli bodový priemer rovných 4 a sebapoškodzujúci sa jedinci 2,67. Medzi sebapoškodzujúcimi je obľúbená metóda „Som

*sám/sama a premýšľam*“, ktorá dosahuje priemerne 5,33 bodov. Nesebapoškodzujúci sa dosahujú 4,14 bodov.

Zaujímavé je, že *fajčenie* častejšie zaškrtili sebapoškodzujúci sa jedinci a získali priemer 2,33, čo je veľký rozdiel oproti 0,76, ktoré zastáva nesebapoškodzujúcich sa, rovnako tak *písanie denníka, blogu, či básní* má väčšiu popularitu u sebazraňujúcich sa respondentov – bodový priemer 3 (nepoškodzujúci sa 0,38).

Predposledný veľký rozdiel nájdeme v kategórii „*Pohádam sa s niekým, zanádam si*“, ktorú sebapoškodzujúci sa jedinci volia menej často (1,33) oproti nesebapoškodzujúcim sa respondentom (2,97). Posledným väčším rozdielom je surfovanie po internete, resp. hranie hier, kde vedenie preberajú nesebapoškodzujúci respondenti, dosahujú tak 3,78 bodov a sebapoškodzujúci sa jedinci 2,33 bodov.

Ani kreslenie nie je príliš populárne v rámci sebapoškodzovania. Tuto respondenti dosiahli priemer 0,67, teda približne jedenkrát menší oproti priemeru nesebapoškodzujúcich sa – 1,43. Čítanie knihy či časopisu zastáva čísla 1,57 (nesebapoškodzujúci sa) a 0,33 (sebapoškodzujúci sa). „*Pozriem si film/seriál/videá na YouTube*“ využívajú častejšie respondenti, ktorí si neubližujú (3,86). Menej užívané metódy ako vykričanie sa a rozbíjanie vecí dosiahli u nesebapoškodzujúcich sa bodový priemer 1,05 bodov a 0,33 bodov u opačnej skupiny. Menej pohybu využívajú sebapoškodzujúci, ktorých bodový priemer dosiahol 2,67 oproti 3,14 bodom, ktoré patria nesebapoškodzujúcim sa jedincom.

Takmer rovnakých priemerných bodových hodnôt dosahujú „*Idem sa baviť s priateľmi*“ – sebapoškodzujúci sa – 2,67 a nesebapoškodzujúci sa 2,62 bodov. Podobná situácia nastáva v otázke *pitia alkoholu*, kde nesebapoškodzujúci dosiahli priemer 1,08 oproti 1 pri sebapoškodzujúcich sa. Zvládanie negatívnych emócií vďaka *slzám a plaču* predstavuje čosi významnejšie pre sebapoškodzujúcich sa respondentov, ktorých bodový priemer dosiahol rovné 4 body. Avšak s priemerom 3,38 nezaostávajú ani nesebapoškodzujúci sa respondenti. *Počúvanie hudby* je takmer identické, s priemerom 4,67 a 4,68 patriaci nesebapoškodzujúcim.

*Zlosť* si v tejto vzorke podľa bodového priemeru vybijajú iba nesebapoškodzujúci sa respondenti, ktorí dosiahli priemer nízkych 0,16 bodov. Logicky, možnosť ubližovania samému sebe zaškrtila iba jedna skupina, ktorej bodový priemer v tejto metóde dosahuje hodnotu 1,33. *Drogy* sú ako bolo spomínané už niekoľkokrát, nevyužívanou metódou a ležia na nulovej hodnote.

## 6. Diskusia

Výskum zameraný na spôsob vysporiadania sa s negatívnymi emóciami a sebapoškodzovanie priniesol zaujímavé poznatky, avšak, kvôli nízkemu počtu respondentov by som čísla a poznatky označila skôr ako orientačné.

Odpovede na výskumné otázky sa však získali. Malý mapujúci výskum priniesol informáciu, že sebapoškodzovanie, ako technika vyrovnávania sa s negatívnymi emóciami, sa pohybuje okolo 7,5%, čo je o niekoľko percent menej ako udávajú Hawton et al.(2012) & Muchlenkamp et al. (2012), ktorí zastávajú fakt, že 10-20% dospievajúcich vyskúša sebapoškodzovanie aspoň raz do 18. roku života. Na druhej strane, takmer sa zhoduje s Moran a kol (2012), kde sa sebapoškodzovalo 8% respondentov.

Ďalšia výskumná otázka sa týkala metód ventilácie negatívnych emócií a ich častosti. Adolescenti najviac využívajú metódu počúvania hudby, ktorá celkovo dosiahla 95%, pri ženskom pohlaví dosiahla až 100%, pri mužskom pohlaví 90%. V priemere bodov celkovo získal posluch hudby taktiež prvé miesto s priemerom 4,68 bodov. Priemer 4,23 bodov a 95% u oboch pohlaví získala metóda, kedy je respondent sám a premýšľa. Na treťom mieste s priemerom 3,9 bodov sa nachádza rozprávanie s kamarátmi či priateľmi, ktorá ako celkovo, tak aj pri ženskom a mužskom pohlaví dosiahlo 95%.

Naopak, najmenej používanými metódami je vybiejanie si zlosti na niekom inom, dosahujúce 10%, sebapoškodzovanie, dosahujúce vyššie spomínaných 7,5% - ženské pohlavie 5% a mužské 10%. Metódu, ktorá nie je využívaná vôbec je požívanie drog, čo je pomerne pozitívna správa.

Isté rozdiely medzi pohlavím existujú. Muži napríklad viac surfujú po internete, resp. hrajú hry – až 90%, zatiaľ čo ženy viac športujú, počúvajú hudbu a zaujímavo, o 5% viac respondentiek ženského pohlavia označilo, že je fajčenie spôsob ventilácie negatívnych emócií. Neprekvapivo, ženy viac plačú ako muži (90% ku 75% a 3,95 ku 2,9 bodov).

Tento dotazník je zameraný skôr na všeobecné poznatky o tom, koľko sebapoškodzujúcich sa v okolí nachádza. Preto neprináša veľké množstvo špecifických informácií ohľadom jedincov, čo túto možnosť zaškrtili. Každopádne sa objavili určité rozdiely medzi skupinou sebapoškodzujúcich a nesebapoškodzujúcich sa jedincov. Sebapoškodzujúci dosiahli vyšší počet priemerných bodov v možnosti ohľadom jedla, ktorá sa týka nejedenia alebo naopak, prejedania sa. Na druhej strane v horších situáciách menej rozprávajú s kamarátmi alebo priateľmi. Pomerne obľúbenou metódou, ktorú si volili hlavne respondenti venujúci sa automutilácii, je tráviť čas osamote a premýšľať a spoločne s tým aj plač, v ktorom prevažujú nad nesebapoškodzujúcimi. Sebapoškodzujúci viac fajčia, viac sa venujú záznamom do denníka, blogom či tvorením básní. Oproti tomu menej čítajú, kreslia, pozerajú filmy, seriály či videá.

Za limity tohto realizovaného výskumu sa dá považovať niekoľko faktorov. Situácia, počas ktorej boli dáta zbierané, nie je práve najpríjemnejšia. Pandémia ochorenia COVID-19 priniesla so sebou veľa obmedzení a zmien v živote každého človeka. Vyučovanie je

prevedené dištančnou formou, ľudia si musia držať odstup. Je to jeden z možných limitov, ktoré by teoreticky mohli ovplyvniť odpovede respondentov. V takýchto ťažkých časoch je možný väčší výskyt depresie či úzkosti vďaka izolácii a neistote, ktorá svetu vládne. Ako každá sebaopisovacia škála, tak aj táto môže mať svoje limity práve v skreslenom posudzovaní seba samého. Ďalším faktorom môže byť úprimnosť, otvorenosť voči odpovediam na otázky (napr. priznať si užívanie drog/poškodzovanie samého seba). Výber vzorky tiež priniesol svoje limity – dotazník zameraný na túto konkrétnu vekovú skupinu nemusel mať taký dosah a teda aj počty respondentov, aké by sa dosiahli pri zadávaní dotazníkov priamo v školských zariadeniach. Taktiež záleží na aktuálnom rozpoložení respondenta a práve veková skupina, na ktorú bol tento výskum zameraný (adolescenti) častokrát prežíva búrlivé obdobie.

V porovnaní s autorkou dotazníku, ktorá ako prvá vykonala tento výskum, sa v určitých aspektoch dosiahli podobné výsledky. Posluch hudby bol taktiež pre adolescentov vzorky autorky najbližšou metódou, dokonca aj najvyužívanejšou (priemer 4,62 bodov a 96% respondentov). Druhé miesto u autorky zaujala metóda, kedy sa adolescenti s niekým porozprávajú a tretiu, keď trávia čas osamote a premýšľajú. Zo všetkých položiek dosiahla u autorky najmenej metóda sebaopisovania, v našom prípade to však bolo užívanie drog. U autorky uviedlo 10,75% respondentov, že ako možnosť ventilácie negatívnych emócií využívajú práve metódu sebaopisovania.

## Záver

V tejto práci som si dala za cieľ poukázať na fakt, že sebapoškodzovanie má množstvo príčin a každý jedinec môže mať odlišnú motiváciu, ktorá vedie k automutilácii. V prvej časti bakalárskej práce som objasnila pojem sebapoškodzovania, možné faktory, či už socioekonomické, traumatické alebo osobnostné, ktoré môžu byť príčinou tohto správania. Bolo uvedených aj niekoľko hlavných motivačných činiteľov sebapoškodzovania. Keďže je práca zameraná primárne na sebapoškodzovanie v dospievaní, považovala som za dôležité spomenúť aj toto obdobie, hlavne z vývojového hľadiska, ktoré poukazuje na to, čím si dospievajúci počas tohto pomerne búrlivého obdobia prechádzajú. Práve adolescenti sú najohrozenejšia skupina a v tomto období, približne okolo 13. roku života sa vyskytujú prvé skúsenosti so sebazraňovaním. V súvislosti s týmto obdobím aj popis rizikového správania a subkultúr Emo a Gothic, ktoré sú stereotypne vnímané ako skupiny spojené so sebapoškodzujúcim sa správaním. Načrtla som diagnostické nástroje, ktoré môžu odhaliť nielen sebapoškodzovanie a okolnosti týkajúce sa tejto témy, ale často aj traumatické udalosti alebo poruchy príjmu potravy, ktoré sú často neoddeliteľnou súčasťou tejto problematiky. Posledná kapitola bola venovaná liečbe a prevencii sebazraňovania, no aj negatívnym emóciám a stratégiám ich zvládania, s ktorými sa často stretávajú nielen dospievajúci. Spomenula som radu zahraničných výskumov a poznatkov odborníkov, venujúcich sa automutilácii.

V druhej časti bakalárskej práce som predstavila svoj realizovaný výskum. Malý mapujúci výskum sa zaoberal nielen spôsobmi ventilácie negatívnych emócií u dospievajúcich, ale aj orientačnému rozšíreniu sebapoškodzujúceho sa správania. Výskum priniesol poznatky primárne o najobľúbenejších spôsoboch vyrovnávania sa so stresom, hnevom a podobnými negatívnymi emóciami. Práve medzi najobľúbenejšie metódy patrí posluch hudby, trávenie času osamote spojené s premýšľaním a rozhovor s kamarátmi či partnermi. Menej používanými spôsobmi boli aktivity spojené s agresivitou, či už zameranou na niekoho či niečo iné alebo na seba samého. Rozdiely medzi pohlaviami sa ukázali v rámci surfovania po internete a hrania hier, kde prevažuje mužské pohlavie nad ženským. Pri téme fajčenia a plaču ako pomocného spôsobu vyrovnávania sa prevahu zastáva ženské pohlavie. V prípade sebapoškodzovania sa ukázalo, že sa poškodzuje 7,5% respondentov, z toho prevažujúci muži nad ženami. Rozdiely medzi skupinou sebapoškodzujúcich a nesebapoškodzujúcich sa ukázali taktiež, primárne v oblasti jedla (prejedanie sa/nejedenie), opäť trávenia času osamote, fajčení a písaní denníkov, blogov či básní, ktoré sú využívané v radoch sebapoškodzujúcich.

Skúmanie výskytu sebapoškodzovania v rámci vysporiadania sa s negatívnymi emóciami by v prípade väčšieho množstva respondentov mohlo priniesť zaujímavé, prípadne dôležité poznatky, ktoré by sa mohli využiť v rámci prevencie sebapoškodzujúceho správania nielen u dospievajúcich, ale aj v prípade iných vekových kategórií. To vidím ako možný prínos tohto výskumného šetrenia – poukázať na fakt, že sebapoškodzovanie stále existuje a využíva sa aj ako spôsob vyrovnávania sa s jednoduchými emóciami ako stres, hnev a podobne, čiže nemusia byť vždy nutne súčasťou väčšieho komplexu psychických

chorôb. Ďalej upozorniť na spôsoby ventilácie emócií a na to, že by sa v rámci prevencie mohlo na niektoré z nich viac poukazovať a podporovať tieto spôsoby.

Aj keď je sebapoškodzovanie v dnešnej dobe pomerne známou a skúmanou témou, stále však v tejto oblasti zostáva množstvo nezodpovedaných otázok. Verím, že sa v rámci modernej doby a možnosti, ktoré psychológia teraz má podarí aspoň väčšia časť týchto otázok zodpovedať.

## Zoznam použitej literatúry

APA (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th Ed.). American Psychological Association.

Babáková, L. (2003). Sebeпоškozování v dětství a adolescenci. *Psychiatrie pro praxi*. 2003, roč. 2003, č. 4, s. 165-169.

<https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2003/04/05.pdf>

Bergen, H., Hawton, K., Waters, K., Cooper, J., Kapur, N. (2010). Psychosocial assessment and repetition of self-harm: The significance of single and multiple repeat episode analyses. *Journal of Affective Disorders*, 127. 257-265. doi: [10.1016/j.jad.2010.05.001](https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.05.001)

Caicedo, S. & Whitlock, J.L. (2009). Top misconceptions about self-injury. The Fact Sheet Series, Cornell Research Program on Self-Injury and Recovery. Cornell University. [http://selfinjury.bctr.cornell.edu/documents/15\\_misconceptions.pdf](http://selfinjury.bctr.cornell.edu/documents/15_misconceptions.pdf)

Carr-Gregg, M. (2012). Psychické problémy v dospívání. Portál.

Clarke, J. (1976). The Skinheads and the Magical Recovery of Community. In: Hall S and Jefferson T (eds) *Resistance through Rituals: Youth Subcultures in Post-war Britain*. Hutchinson, pp. 99–102.

Conterio, K., Lader, W., & Bloom, J. K. (1998). *Bodily harm: The breakthrough treatment program for self-injurers*. Hyperion.

Čerešník, M. & Gatiaľ, V. (2014). Rizikové správanie a vybrané osobnostné premenné dospievajúcich v systéme nižšieho sekundárneho vzdelávania. Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre. doi: [10.13140/2.1.3021.4728](https://doi.org/10.13140/2.1.3021.4728)

Dimsdale, J. E. (2008). Psychological stress and cardiovascular disease. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18371552>

Everson, S. A., Goldberg, D. E., Kaplan, G. A., Julkunen, J., & Salonen, J. T. (1998). Anger expression and incident hypertension. *Psychosom Med.*, 60:730–735. doi: [10.1097/00006842-199811000-00014](https://doi.org/10.1097/00006842-199811000-00014)

Favazza, A. R., & Conterio, K. (1988). The plight of chronic self-mutilators. *Community Mental Health Journal*, 24, 22–30. doi: [10.1007/BF00755050](https://doi.org/10.1007/BF00755050)

Favazza, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *Journal of nervous and mental disease*, 186 (5), 259- 268. doi: [10.1097/00005053-199805000-00001](https://doi.org/10.1097/00005053-199805000-00001)

Fox, C., & Hawton, K. (2004). *Deliberate Self-harm in Adolescence*. Jessica Kingsley Publishers.

Franců, M. (2006). Sebeпоškozování. [Bakalárska práca, Masarykova univerzita]. Archív záverečných prác MUNI. <https://is.muni.cz/th/ind7a/Sebeposkozovani.pdf>

- Gerin, W., Zawadzki, M. J., Brosschot, J. F., Thayer, J. F., Christenfield, N. J. S., Campbell, T. S., & Smyth, J. M. (2012). Rumination as a Mediator of Chronic Stress Effects on Hypertension: A Causal Model. <https://www.hindawi.com/journals/ijhy/2012/453465/>
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 23(4), 253-263. doi: [10.1023/A:1012779403943](https://doi.org/10.1023/A:1012779403943)
- Hallab, L., & Covic, T. (2010). Deliberate self-harm: The interplay between attachment and stress. *Behaviour Change*, 27(02), 93-103. doi: [10.1375/behc.27.2.93](https://doi.org/10.1375/behc.27.2.93)
- Hawton, K., Rodham K., Evans E., Weatherall R. (2002) Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *British Medical Journal*, vol. 325, no. 7374, s. 1207-1211. doi: [10.1136/bmj.325.7374.1207](https://doi.org/10.1136/bmj.325.7374.1207)
- Hawton, K. & James, A. (2005). ABC of adolescence: suicide and deliberate self harm in young people. *British Medical Journal*, 330(16), 891–4. doi: [10.1136/bmj.330.7496.891](https://doi.org/10.1136/bmj.330.7496.891)
- Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379(9834):2373-82. doi: [10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- Hrubá, V. (2011). Výskyt sebepoškozujícího chování mezi dětmi staršího školního věku (pilotní studie). [Diplomová práce, Masarykova univerzita]. Archív závěrečných prác MUNI. [https://is.muni.cz/th/l8wwc/DP\\_Veronika\\_Hruba.pdf](https://is.muni.cz/th/l8wwc/DP_Veronika_Hruba.pdf)
- Hrubá, V., Burešová, I. & Klimusová, H. (2012). Výskyt, formy a vybrané souvislosti sebepoškozování u dětí staršího školního věku. Sociálne procesy a osobnosť: Zborník príspevkov z 15. ročníka medzinárodnej konferencie, 120- 124.
- Izard, C. E. (2009). Emotion Theory and Research: Highlights, Unanswered Questions, and Emerging Issues. *Annual Review of Psychology*. Vol. 60:1-25. doi: [10.1146/annurev.psych.60.110707.163539](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163539)
- Klonsky, E.D., Oltmanns, T.F. & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a non-clinical population: prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry* 160, 1501–1508. [10.1176/appi.ajp.160.8.1501](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1501)
- Klonsky, E.D. & Glenn, C.G. (2009) Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 215-219. doi: [10.1007/s10862-008-9107-z](https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z)
- Kocourková, J. (2007). Sebepoškozování v adolescenci. In J. Koutek, & J. Kocourková, Sebevražedné chování: Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících (s. 73-80). Portál.
- Kocourková, J., Koutek, J. (2008). Sebepoškozování v adolescenci - narůstající problém? *Československá psychologie*. roč. 52, č. 6, s. 609-614. doi: [10.13140/RG.2.1.1739.6966](https://doi.org/10.13140/RG.2.1.1739.6966)



- Koutek, J., Kocourkova, J., & Dudova, I. (2016). Suicidal behavior and self-harm in girls with eating disorders. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 787–793. doi: [10.2147/NDT.S103015](https://doi.org/10.2147/NDT.S103015)
- Kolář, J. (2007). Motivace k sebepoškozování. [Bakalárska práca, Masarykova univerzita]. Archív záverečných prác MUNI. [https://is.muni.cz/th/gzj7k/motivace\\_k\\_sebeposkozovani\\_a\\_jeho\\_prozivani\\_u\\_adolescentu.pdf](https://is.muni.cz/th/gzj7k/motivace_k_sebeposkozovani_a_jeho_prozivani_u_adolescentu.pdf)
- Kriegelová, M. (2008). Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci. Grada.
- Langmeier, J., & Krajčířová, D. (2006). Vývojová psychologie. Grada Publishing.
- Lescano, C.M., Hadley, W.S., Beausoleil, N.I. et al. (2007). A Brief Screening Measure of Adolescent Risk Behavior. *Child Psychiatry Hum Dev* 37, 325–336. doi: [10.1007/s10578-006-0037-2](https://doi.org/10.1007/s10578-006-0037-2)
- Lichner, V., Šlosár, D. (2013). Zmysel života v kontexte novodobých závislostí adolescentov ako rizikovej skupiny sociálnej práce. In: *Ako nájsť zmysel života v sociálnej práci s rizikovými skupinami: 2. ročník Košických dní sociálnej práce*. Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty UPJŠ v Košiciach. s.243-249. [https://www.upjs.sk/public/media/17006/9%20ako\\_najst\\_zz\\_2014.pdf](https://www.upjs.sk/public/media/17006/9%20ako_najst_zz_2014.pdf)
- Lilley R. & Owens, D. (2009). Services for assessment, aftercare, and psychological treatment following selfharm. *Psychiatry*, 8(7), 246 – 252. doi: [10.1016/j.mppsy.2009.04.003](https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2009.04.003)
- Macek, P. (2003). Adolescence (2th ed.). Portál.
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., De Wilde, E. J., Corcordan, P., & Fekete, S. et al. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 667–677. doi: [10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x)
- Martínek, Z. (2015). Agresivita a kriminalita školní mládeže. Grada.
- Messer, J. M. & Fremouw, W. J. (2008). A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28, 162-178. doi: [10.1016/j.cpr.2007.04.006](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.04.006)
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (2015). Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže. Příloha 16, Sebepečkozování. <https://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-dokumenty-doporuceni-a-pokyny>
- Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Grada.

MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. (2019) (5. ed.). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. <https://www.uzis.cz/res/f/008277/mkn-10-tabelarni-cast-20200101.pdf>

Moran, P., Coffey, C., Romaniuk, H., Olsson, C., Borschmann, R., Carlin, J. B., Patton, G. (2012). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet*, 379, 236 – 243. doi: [10.1016/S0140-6736\(11\)61141-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61141-0)

Muehlenkamp, J. J., Gutierrez, P. M. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. vol. 34, no. 1, s. 12-23. doi: [10.1521/suli.34.1.12.27769](https://doi.org/10.1521/suli.34.1.12.27769)

Muehlenkamp JJ., Claes L., Havertape L., Plener PL. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 6(1):10. doi: [10.1186/1753-2000-6-10](https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10)

Nixon, M. K., & Heath, N. L. (Eds.). (2009). *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention*. Routledge, Taylor & Francis Group.

Nolen-Hoeksema, S. , Morrow, J. , & Fredrickson, B.L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 20-28. doi: [10.1037//0021-843x.102.1.20](https://doi.org/10.1037//0021-843x.102.1.20)

Phelps, L. (2007). Bolest jako úleva. *Psychologie dnes*. roč. 13, č. 6, s. 24-26.

Platznerová, A. (2009). Sebeпоškození. Galén.

Říčan, P. (2004). Cesta životem. Portál.

Richardson, C. (2006). The truth about self-harm. *Mental Health Foundation*. [https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/truth\\_about\\_self-harm\\_NEW\\_BRAND\\_0.pdf](https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/truth_about_self-harm_NEW_BRAND_0.pdf)

Rozsivalová, E., Trefilová, A., & Paclt, I. (2010). Sebeпоškození u dospívajících. *Časopis Psychiatrické společnosti ČLS JEP a Psychiatrické společnosti SLS*, 106(4), 239-244. <http://www.csppsychiatr.cz/detail.php?stat=639>

Sands, S. (2006). EMO Cult Warning for Parents. *Daily Mail*. <http://www.dailymail.co.uk/news/article-400953/EMO-cult-warning-parents.html>

Se-Hyuk Park & Youngshim Kim (2018). Ways of coping with excessive academic stress among Korean adolescents during leisure time. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13:1, 1505397. doi: [10.1080/17482631.2018.1505397](https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1505397)

Schwarz, N., & Clore, G. L. (1996). Feelings and phenomenal experiences. In *Social psychology: Handbook of basic principles*, s. 433–465. The Guilford Press.

Skegg, K. (2005). Self-harm. *The Lancet*. Volume 366, Issue 9495, Pages 1471-1483. doi: [10.1016/S0140-6736\(05\)67600-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67600-3)

Straus, M. (2006). The Logic of Self-Injury: A teen symptom for our time. *Psychotherapy Networker*. vol. 30, is. 4.

Svoboda, M., Krejčírová, D., Vágnerová, M. (2009). Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Portál.

Šlosár, D. (2020). Riziko ako sociálna kategória v období adolescencie. ŠafárikPress. <https://unibook.upjs.sk/img/cms/2020/ff/riziko-ako-socialna-kategoria-v-obdobi-adolescencie.pdf>

Vágnerová, M. (2004). Psychopatologie pro pomáhající profese. Portál.

Van Camp, I., Desmet, M. & Verhaeghe, P. (2011). Gender differences in non-suicidal self injury: Are they on the verge of leveling off? *International Proceedings of Economics Development & Research*, 23, 28.

Whitlock, J. (2009). The Cutting Edge: Non-Suicidal Self-Injury in Adolescence. ACT for Youth Center of Excellence. [http://www.selfinjury.bctr.cornell.edu/publications/2009\\_1.pdf](http://www.selfinjury.bctr.cornell.edu/publications/2009_1.pdf)

Young, R., Sweeting, H., West, P. (2006). Prevalence of deliberate self harm and attempted suicide within contemporary Goth youth subculture: longitudinal cohort study. *British Medical Journal*. 2006, vol. 332, no. 7549, s. 1058-161. doi: [10.1136/bmj.38790.495544.7C](https://doi.org/10.1136/bmj.38790.495544.7C)

Young, R., Sproeber, N., Groschwitz, C. R., Preiss, M. & Plener, L. P. (2014). Why alternative teenagers self-harm: exploring the link between non-suicidal self-injury, attempted suicide and adolescent identity. *BMC Psychiatry*, 14(137), 1-14. doi: [10.1186/1471-244X-14-137](https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-137)

Zein, M. E., Wyart, V., & Grézes, J. (2015). Anxiety dissociates the adaptive functions of sensory and motor response enhancements to social threats. doi: [10.7554/eLife.10274](https://doi.org/10.7554/eLife.10274)

## **Zoznam grafov**

Graf 1: Percentuálne využitie jednotlivých metód .....	31
Graf 2: Priemerné bodové využitie jednotlivých metód.....	32
Graf 3: Percentuálne využitie jednotlivých metód podľa pohlavia Ženy .....	33
Graf 4: Priemerné bodové využitie jednotlivých metód podľa pohlavia .....	35
Graf 5: Percentuálny pomer sebapoškodzujúcich a nesebapoškodzujúcich sa respondentov .....	38
Graf 6: Priemerné bodové hodnotenie u sebapoškodzujúcich a nesebapoškodzujúcich sa respondentov.....	39

## **Zoznam tabuliek**

Tabuľka 1: Zoznam funkcií a motivácie sebapoškodzovania .....	13
Tabuľka 2: Kauzálné faktory zámerného sebapoškodzovania .....	20
Tabuľka 3: Rozloženie veku a pohlavia respondentov.....	29

## **Zoznam skratiek**

APA	American Psychological Association
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
PTSD	Posttraumatic stress disorder

## Príloha 1 – Dotazník

**Čo robíš, keď cítiš zlosť, bezmocnosť, zúfalstvo, zahanbenie, smútok alebo si vo veľkom strese?**

Som študentkou odboru Psychológia na Karlovej univerzite v Prahe a týmto by som chcela poprosiť o vyplnenie dotazníku pre moju bakalársku prácu. Dotazník je anonymný a jeho výsledky budú použité iba na účely bakalárskej práce.

V dotazníku sa odpovedá na otázku *"Čo robíš, keď cítiš zlosť, bezmocnosť, zúfalstvo, zahanbenie, smútok alebo si vo veľkom strese?"* Záleží iba na Tebe, na ktorú oblasť sa zameriaš. Podľa toho, ako veľmi ti je spôsob blízky vyber číslo od nuly do šestky (0 najmenej/vôbec, 6 najviac/vždy). Nižšie je možnosť dopísať svoje vlastné spôsoby, ktoré nie sú uvedené v možnostiach a rovnako tak priestor na doplnenie, komentáre.

Ďakujem veľmi pekne!

Victoria Hebbeckarová

-----

**Pohlavie:** (zakrúžkuj) Muž      Žena

**Vek:** .....

**o Porozprávam sa s kamarátom/kou, priateľom/kou**

0 1 2 3 4 5 6

**o Idem sa baviť s priateľmi**

0 1 2 3 4 5 6

**o Poriadne sa najem, až sa prejem/nejem vôbec**

0 1 2 3 4 5 6

**o Zapálím si cigaretu**

0 1 2 3 4 5 6

**o Napijem sa (alkohol)**

0 1 2 3 4 5 6

**o Dám si drogy (marihuana, extáza, iné)**

0 1 2 3 4 5 6

**o Som sám/sama a premýšľam**

0 1 2 3 4 5 6

**o Vyplačem sa**

0 1 2 3 4 5 6

**o Pohádam sa s niekým, zanádam si**

0 1 2 3 4 5 6

**o Vykričím sa, hádzem/rozbíjam veci**

0 1 2 3 4 5 6

**o Ublížim sebe napr. rezaním sa, pálením sa, škriabaním sa**

0 1 2 3 4 5 6

**o Pobijem sa, vybijem si zlosť na niekom inom**

0 1 2 3 4 5 6

**o Pozriem si film/seriál/videá na YouTube**

0 1 2 3 4 5 6

**o Počúvam hudbu**

0 1 2 3 4 5 6

**o Surfujem po internete, hrám hry**

0 1 2 3 4 5 6

**o Kreslím**

0 1 2 3 4 5 6

**o Píšem denník, blog, básne etc.**

0 1 2 3 4 5 6

**o Čítam knihu, časopis**

0 1 2 3 4 5 6



**o Idem sa prejsť, zašportovať si**

0 1 2 3 4 5 6

**Iné (ak robievaš iné aktivity, ktoré tu neboli spomenuté, prosím, napíš ich):**.....

**Komentáre (v prípade akéhokoľvek komentáru, poznámky, ktorá sa týka dotazníka, neváhaj to napísať):** .....